

# Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelontwikkeling : theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking tussen huisartsen en universiteiten

Citation for published version (APA):

Kocken, R. J. J. (1995). *Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelontwikkeling : theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking tussen huisartsen en universiteiten*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19950615rk>

## Document status and date:

Published: 01/01/1995

## DOI:

[10.26481/dis.19950615rk](https://doi.org/10.26481/dis.19950615rk)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

**Samenwerking en Academisering  
Huisartsgeneeskunde;  
van pragmatisme tot modelontwikkeling**

Theoretische en praktische bijdragen aan  
het proces van samenwerking  
tussen huisartsen en universiteiten

**PROEFSCHRIFT**

Ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,  
op gezag van de Rector Magnificus, Prof.Mr. M.J.Cohen  
volgens het besluit van het College van Dekanen,  
in het openbaar te verdedigen op donderdag 15 juni 1995 om 14.00 uur.

door

Reinier Johannes Jacobus Kocken  
geboren te Sittard  
op 2 november 1957

**Promotores:**

Prof.Dr. J.A. Knottnerus

Prof.Dr. H.F.J.M. Crebolder

**Beoordelingscommissie:**

Prof.Dr. F. Sturmans (voorzitter)

Prof.Dr. T.L.C.M. Groot (Vrije Universiteit Amsterdam / Open Universiteit - Heerlen)

Prof.Dr. H. Maarse

Prof.Dr. H. Philipsen

Prof.Dr. E. Schadé (Universiteit van Amsterdam)

**Samenwerking en Academisering  
Huisartsgeneeskunde;  
van pragmatisme tot modelontwikkeling**

Theoretische en praktische bijdragen aan  
het proces van samenwerking  
tussen huisartsen en universiteiten



(Delen van) deze studie werd(en) financieel en inhoudelijk mogelijk gemaakt door bijdragen van

- **Ministerie van WVS**
- **Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG)**
- **Projectgroep Evaluatie Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken**
- **Mediselect bv**  
**Publisher of the European Journal of General Practice - Amersfoort**

### **Paranimfen:**

Ellen Breevoort - Zeguers

Paula Smeets - Rinkens

Kocken R.J.J.

Samenwerking en Academisering Huisartsgeneeskunde;  
van pragmatisme tot modelontwikkeling.

Theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking  
tussen huisartsen en universiteiten / Reinier Johannes Jacobus Kocken.

ISBN 90-9008317-0

Grafische vormgeving en Printing:  
Unigraphic Maastricht

# INHOUDSOPGAVE

<b>Hoofdstuk 1</b>	
<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Huisartsgeneeskunde in historisch perspectief</b>	<b>9</b>
<b>1.2 De begrippen samenwerking en academisering in de huisartsgeneeskunde</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 2</b>	
<b>Literatuur over academisering huisartsgeneeskunde</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Inleiding</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Literatuur nationaal</b>	<b>18</b>
<b>2.3 Literatuur internationaal</b>	<b>26</b>
<b>2.4 Samenvatting en conclusies</b>	<b>31</b>
<b>2.5 Literatuur</b>	<b>32</b>
<b>Hoofdstuk 3</b>	
<b>Case-study: Een huisartsgeneeskundig academiseringsnetwerk</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Inleiding</b>	<b>35</b>
<b>3.2 Voorgeschiedenis</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Begripsbepaling</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Werving, contractering en omvang</b>	<b>42</b>
3.4.1 Contractering 1 <sup>e</sup> fase	43
3.4.2 Contractering 2 <sup>e</sup> fase	43
3.4.3 Contractering 3 <sup>e</sup> fase	44
3.4.4 Contractering 4 <sup>e</sup> fase	45
3.4.5 Contractering 5 <sup>e</sup> fase	45
3.4.6 Omvang	45
<b>3.5 Financiering</b>	<b>47</b>
3.5.1 Inleiding	47
3.5.2 Financiële middelen	47
3.5.3 Financiële vertaling naar de geacademiseerde huisartspraktijken	49
3.5.3.1 Prestatie tegen salaris	51
3.5.3.2 Prestatie tegen prestatie	52
3.5.3.3 Prestatie tegen geld	53
3.5.3.4 Outputfinanciering	53
3.5.3.5 Exploitatiekosten	54
3.5.4 Totale vaste jaarlijkse kosten	54

<b>3.6</b>	<b>Contracten en werkplannen</b>	<b>55</b>
3.6.1	Inleiding	55
3.6.2	Contractvormen academisering huisartsgeneeskunde	55
3.6.3	Werkplannen	56
<b>3.7</b>	<b>Aansturing van processen in het HAM</b>	<b>56</b>
<b>3.8</b>	<b>Evaluatie</b>	<b>60</b>
<b>3.9</b>	<b>Literatuur</b>	<b>60</b>

<b>Hoofdstuk 4</b>		
<b>Modelbeschrijving affiliatie</b>		<b>65</b>
4.1	Inleiding	65
4.2	Werving van affiliatie-praktijken voor onderwijs en onderzoek; een gefaseerd model	66
4.3	Evaluatie	70
4.4	Literatuur	72

<b>Hoofdstuk 5</b>		
<b>Modelbeschrijving academisering: theoretische onderbouwing.</b>		<b>73</b>
5.1	Inleiding	73
5.2	Positionering van de partijen	74
5.2.1	De huisartspraktijk als eenvoudige structuur	74
5.2.2	De universiteit als professionele bureaucratie	75
5.3	Organisatie en netwerk	76
5.4	Netwerken; soorten, strategie en "spel"	77
5.5	Netwerken; paradox en onrust	78
5.6	Coördinatie en beheersing van de taakuitoefening	79
5.6.1	Transactiekostentheorie	80
5.6.2	Agency-theorie	82
5.7	Nadere analyse van de praktijk van het academiseringsnetwerk in relatie tot relevante theorieën.	83
5.8	Samenvatting en conclusie	90
5.9	Literatuur	92

<b>Hoofdstuk 6</b>		
<b>Academisering van de huisartsgeneeskunde;</b>		<b>95</b>
Onderzoek naar de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland; wat is het doel, de definitie en de kwantitatieve en kwalitatieve omschrijving van zo'n netwerk?		

<b>Hoofdstuk 7</b>	
Onderzoek naar inhoud, proces en uitkomst van de academisering van de huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg	105
<b>Hoofdstuk 8</b>	
Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek	117
<b>Hoofdstuk 9</b>	
Planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in huisartspraktijken; volgt de huisarts bij participatie aan universitaire projecten de opgegeven voorkeursgebieden?	123
<b>Hoofdstuk 10</b>	
Onderzoek naar management-aspecten in een vakgroep huisartsgeneeskunde	137
<b>Hoofdstuk 11</b>	
Algemene beschouwing en aanbevelingen	147
11.1 Inleiding	147
11.2 Epicrise	148
11.3 Methodologische beperkingen	155
11.4 Aanbevelingen	156
11.5 Vervolgonderzoek	158
<b>Literatuur</b>	160
<b>Samenvatting</b>	167
<b>Summary</b>	171
<b>Curriculum vitae</b>	175
<b>Dankwoord</b>	177
<b>Bijlagen</b>	
Appendix A Overzicht huisartspraktijken van het HAM	181
Appendix B Overzicht contractvormen	213
Appendix C Overzicht werkplannen 1994	223
Appendix D Centrale coördinatie van onderwijs en onderzoek	225



# HOOFDSTUK 1

## INLEIDING.

### 1.1 Huisartsgeneeskunde in kort historisch perspectief

Teneinde het onderwerp "academisch", zoals dat in dit proefschrift geanalyseerd wordt, in historisch perspectief te plaatsen, wordt de geschiedenis kort beschreven.

In 1818 leidde een verandering in de geneeskundige staatsregeling tot een scheiding binnen de medische stand. De academisch geschoilde artsen voerden hun taken in de steden uit, terwijl de niet-academisch geschoolden voornamelijk als algemeen arts op het platteland werkzaam waren. Door de verschillende opleidingen bleven er grote kwaliteitsverschillen bestaan, hetgeen onder andere geleid heeft tot de oprichting van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (NMG) in 1849. De roep van de NMG om opleidingseisen en regels te verbinden aan de bevoegdheden van de artsen werd lange tijd niet gehoord. In 1865 werd de wetgeving echter zodanig veranderd dat de bevoegdheid van arts gekoppeld werd aan een universitaire opleiding of staatsexamen. De term arts werd officieel geïntroduceerd en verdrong eerdere begrippen als "geneesheer" en "heelmeester". Met de nieuwe wetgeving werden ook specialismen een feit. Het aantal "geregistreerde" specialisten groeide in de periode tot 1920 tot ruim 700. Van officiële registratie kon pas vanaf 1931 sprake zijn, aangezien op dat moment het Specialisten Register werd ingesteld, met een verdeling in veertien specialismen. Uit dit alles moge blijken dat het beroep van de "algemeen arts" inmiddels onder grote druk was komen te staan.

Een ommekeer kwam tot stand in 1941 toen het ziekenfondsbesluit bepaalde dat ziekenfondspatiënten alleen nog via de algemene arts verwezen konden worden naar een specialist. In 1946 werd de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) opgericht onder de paraplu van de (inmiddels Koninklijke) Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG). In het zelfde jaar werd binnen de NMG een beroepsvereniging voor specialisten opgericht.

Niettemin dreigde de huisarts in de vijftiger jaren ondergeschikt te worden aan het steeds breder wordende veld van specialisten en sociaal-geneeskundigen.

De beroepsgroep der huisartsen reageerde daarop en in 1956 werd het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) opgericht, met als belangrijkste doel de bevordering van de wetenschappelijke uitoefening van de huisartsgeneeskunde. Nog geen jaar later (1957) werd begonnen met het uitgeven van een eigen wetenschappelijk tijdschrift, Huisarts en Wetenschap.

De rol van de huisartsgeneeskunde aan de universiteiten bleef echter beperkt tot incidentele activiteiten in de vorm van gastcolleges en dergelijke. In 1964 werd het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) opgericht met als belangrijkste doelstelling de verzorging van onderwijs ten behoeve van huisartsen en het doen van typisch huisartsgeneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Dit instituut functioneerde los van de universiteit. Het zou tot 1967 duren alvorens de eerste hoogleraar in de huisartsgeneeskunde werd benoemd. Pas in 1977 hebben alle Nederlandse universiteiten een

hoogleraar huisartsgeneeskunde (eerder waren er op veel plaatsen al wel lectoren). In de tussentijd werd bij Koninklijk Besluit het Academisch Statuut dusdanig gewijzigd, dat na 1973 een specifieke opleiding tot huisarts wordt ingesteld en op grond van het behalen van het artsexamen de titel van huisarts niet meer mag worden gevoerd. Toezicht op deze opleiding tot huisarts geschiedde door het inmiddels opgerichte College voor Huisartsgeneeskunde (CHG). Eveneens in 1973 werd de Huisartsen Registratiecommissie (HRC) een feit. Eerst in 1988 werd, mede onder invloed van Europese wetgeving, de duur van de huisartsopleiding op twee jaar gesteld. Recentelijk is besloten dat de huisartsopleiding drie jaar zal gaan duren.

Het was in de jaren tachtig, ondanks deze ontwikkelingen, nog steeds niet vanzelfsprekend dat de huisartsgeneeskunde een (belangrijke) plaats in zou nemen op de universitaire landkaart. Een voorbeeld hiervan is de bijna-opheffing van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden in 1986, onder druk van facultaire bezuinigingen. In zijn algemeenheid kan voorts geconstateerd worden dat de primaire financiële kaders voor de vakgroepen huisartsgeneeskunde in Nederland in de afgelopen jaren niet verbeterd zijn en dat de afhankelijkheid van externe geldbronnen sterk is toegenomen.

In 1984 werd vanuit het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen het extramuraal gerichte (gezondheidszorg)onderzoek aan twee universiteiten, de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Rijksuniversiteit Limburg, middels extra financiële middelen gefaciliteerd. Deze middelen zijn aan de Rijksuniversiteit Limburg gedeeltelijk aangewend voor huisartsgeneeskundige projecten en voor de ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde.

De vaststelling van het Basistakenpakket van de Huisarts, de oprichting van de Verenigingen ter ondersteuning van Huisartsen (VOH), de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) en de introductie van het Standaardenbeleid van het NHG completeren deze historische schets wat betreft de professionele ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

De academisch-wetenschappelijke ontwikkeling bereikte een mijlpaal door de erkenning die de huisartsgeneeskunde en haar wetenschappelijke grondslag kregen in het rapport van de commissie gezondheids(zorg)wetenschappen van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (1991)<sup>3</sup>

Voor een uitgebreide historische beschrijving kan verwezen worden naar Blanken<sup>1</sup>, wiens uiteenzetting gebruikt is voor deze historische schets. Ook het leerboek huisartsgeneeskunde van van Es<sup>2</sup> werd voor deze historische beschrijving gebruikt.

Deze schets geeft inzicht in het proces dat nodig was om vanuit de huisartsgeneeskunde erkenning te krijgen als professie en als academische discipline (vakgroepen met eigen leerstoelen). In feite omvatte dit de eerste vorm van academisering van de huisartsgeneeskunde. Deze eerste vorm wordt verder niet besproken.

De tweede vorm van academisering staat centraal in dit proefschrift: het creëren van een stevige basis voor universitair huisartsgeneeskundig onderwijs en onderzoek, en voor de ontwikkeling van academische eerstelijns-geneeskunde, in het professionele huisartsenveld. Deze tweede vorm wordt in dit proefschrift verder kortweg als "academisering" aangeduid.

De historische ontwikkeling van deze academiseringsvorm in de huisartsgeneeskunde wordt belicht in de de hoofdstukken 2 en 5 (literatuur en theoretische onderbouwing).

## 1.2 De begrippen academisering en affiliatie

De meeste mensen zullen ervan op de hoogte zijn dat een academisch ziekenhuis zijn status ontleent aan de aanwezigheid van een universiteit in de directe nabijheid.

In de volksmond wordt het begrip "academisch ziekenhuis" ook vaak in verband gebracht met de mogelijk hogere kwaliteit van het betreffende ziekenhuis of met de mogelijkheid om met zeer specifieke en ernstige ziektebeelden juist bij een dergelijk ziekenhuis aan te kloppen.

Het begrip academisch wordt in het algemeen niet in relatie gebracht tot de eerstelijns gezondheidszorg. Eigenlijk is dat vreemd, aangezien zowel de intramurale (de ziekenhuizen) als de extramurale (huisartsen en andere eerstelijns werkers) patiëntenzorg behoefte hebben aan een relatie met de universiteit en aan patiëntenzorg op "academisch" niveau.

Academiseren zou kunnen betekenen "het op academisch niveau brengen van een afdeling of werkgebied", hetgeen geschiedt door het betreffende werkgebied in de vorm van een separate afdeling in een academie of hogeschool onder te brengen. De meest eenvoudige definitie zou dan ook kunnen zijn dat een afdeling geacademiseerd is, zodra op het betreffende terrein een hoogleraar benoemd is. Wij noemen dit de eerste vorm van "academisering". Bezwaar tegen deze definitie is, dat de relatie tussen de universitaire afdeling en het praktizerende veld er niet in tot uiting komt.

Zowel in de academische ziekenhuizen als in de huisartsgeneeskunde ontstonden de impulsen tot academisering vanuit de patiëntenzorg en vanuit de universiteiten.

Bij de academische ziekenhuizen lag het inhoudelijke accent van de academisering van het praktizerende veld vanaf het begin mede op de patiëntenzorg, met name vanwege de behoefte aan top-klinische zorg. De huisartsgeneeskunde daarentegen streeft bij academisering in eerste aanleg niet naar top-klinische zorg. Erkenning en verbetering van de huisartsopleiding, integratie van de huisartsgeneeskunde in de opleiding tot basisarts en het realiseren van mogelijkheden voor huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek waren en zijn tot op heden de belangrijke argumenten om academiseringsconcepten in de huisartsgeneeskunde uit te werken.

De beïnvloeding van de patiëntenzorg vanuit de academisering was dan ook doorgaans een indirecte, namelijk via de participatie aan wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Voorts brengt het generalisme van de huisartsgeneeskunde met zich mee dat een "academische" beoefening van de patiëntenzorg niet eenvoudig te conceptualiseren is. In het laatste decennium is een dergelijk concept echter binnen handbereik, met name door de inspanningen vanuit de beroepsgroep zelf. Genoemd kunnen worden het tot bloei komen van het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de ontwikkelingen op het gebied van de automatisering in de huisartsgeneeskunde en de ontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg en de transmurale zorg. Het generieke karakter van de academische huisartsgeneeskunde is inmiddels ook erkend door de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW)<sup>3</sup>. Door deze ontwikkeling is er een sterke behoefte ontstaan om de "academische" en de "praktizerende" tak van de discipline bij elkaar te brengen ten voordele van beide partijen.

Een tweede verschil tussen de ontwikkeling van de academisering in de ziekenhuizen



en in de huisartsgeneeskunde betreft de relatie tussen de vakgroep en het "praktiserende veld". De ziekenhuisafdeling en de corresponderende universitaire vakgroep kunnen niet beschouwd worden als twee volledig onafhankelijke partijen die tot nadere samenwerking moeten komen, hetgeen in de relatie tussen een universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde en het met haar communicerende huisartsgeneeskundige veld wel het geval is. Meestal was de ziekenhuis-afdeling reeds aanwezig en werd daaraan, gefaciliteerd door overheidsfinanciering (de Rijksbijdrage), een universitaire vakgroep gekoppeld. De klinische afdeling en dus de patiëntenpopulatie kwamen daarmee, uiteraard tegen allerlei voorwaarden, vrij direct beschikbaar voor universitair onderwijs en onderzoek.

In de huisartsgeneeskunde is de situatie anders. Twee qua primaire doelstellingen en werkplek verschillende partijen, de vakgroep en de elders gevestigde, zelfstandige huisarts moeten elkaar proberen te vinden en dit proces moet voor beide partijen (zakelijk, inhoudelijk en emotioneel) aantrekkelijk worden gemaakt. Bovendien moet een dergelijke academische relatie worden ontwikkeld met een groot aantal, individuele en sterk verschillende huisartspraktijken (netwerkvorming). Het bij elkaar brengen van deze twee partijen is zeer complex, te meer daar er nauwelijks structurele financiële impulsen gegeven zijn, noch vanuit het eigen beroepsveld, noch vanuit de overheid.

Dat het academiseringsproces huisartsgeneeskunde juist in Nederland grote aandacht heeft gekregen is niet zo vreemd. Het niveau van de Nederlandse huisartsgeneeskunde is hoog en de structuur van onze gezondheidszorg biedt goede mogelijkheden om een academiseringsconcept huisartsgeneeskunde uit te werken. De centrale rol van de huisarts en het "listing" en "referral" systeem zijn sterk faciliterend voor de integratie van de dagelijkse patiëntenzorg en het onderwijs en onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde in een academisch herkenbaar en welomschreven concept.

Voor de volledige uitvoering van het universitair onderwijs en wetenschappelijk onderzoek zullen de academische netwerken nooit voldoende omvang hebben.

Er blijft dan ook behoefte bestaan aan andere samenwerkingsvormen tussen de universiteit enerzijds en het praktiserende veld. Deze doorgaans minder omvangrijke en minder continue vorm van samenwerking wordt affiliatie genoemd. Affiliatie wijkt op het eerste gezicht niet erg af van academisering aangezien ook bij affiliatie de nadruk ligt op de integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. De gemaakte afspraken gelden echter doorgaans voor één of slechts enkele onderwijs- óf onderzoekprojecten, terwijl de duur van de samenwerking in principe een eindig karakter heeft.

Dit proefschrift beschrijft, analyseert en evalueert het proces van samenwerking met en academisering van het huisartsgeneeskundig veld en hoopt ook bijdragen te leveren aan de verdere ontwikkeling van inzichten in en bekendheid met het onderwerp "academisering huisartsgeneeskunde".

De volgende vraagstellingen zijn nader bestudeerd:

- 1  
Wat zijn definitie, doel en belangrijkste kenmerken van de academisering van het huisartsgeneeskundig veld?
- 2  
Kan aan de hand van de huisartsgeneeskundige en de bedrijfseconomische literatuur een theoretisch kader gevonden worden voor de academiseringsprocessen in de huisartsgeneeskunde?
- 3  
Kan aan de hand van dit theoretische kader en op basis van de concrete ervaringen een model worden ontwikkeld, zowel voor de academisering van de huisartsgeneeskunde als voor de samenwerking tussen universiteiten en huisartsen op "affiliatie-basis"?
- 4  
Welke ontwikkeling heeft het academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg (het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht = HAM) doorgemaakt (case-study)?
- 5  
Welke zijn de verbanden tussen het gevonden theoretisch kader en de praktische uitwerking van het HAM?
- 6  
Wat zijn de ervaringen van participanten aan huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken, zowel lokaal als nationaal?
- 7  
Hoe wordt het management binnen een vakgroep huisartsgeneeskunde ervaren (case study)?
- 8  
Welke variabelen spelen een belangrijke rol bij het afwegingsproces van individuele huisartsen om al dan niet aan een samenwerkingsproject met de universiteit (op het gebied van wetenschappelijk onderzoek) deel te nemen?
- 9  
Zijn planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in de huisartsgeneeskunde te verbeteren aan de hand van door de huisarts opgegeven specifieke voorkeursgebieden?

Deze vraagstellingen volgend leidt dit tot de volgende hoofdstukken.

*Hoofdstuk 1* geeft een algemene inleiding, waarin de huisartsgeneeskunde in historisch perspectief wordt geplaatst en de begrippen samenwerking en academisering nader worden toegelicht.

*Hoofdstuk 2* beschrijft de lokale, nationale en internationale literatuur op het gebied van de samenwerking en academisering van de huisartsgeneeskunde.

*Hoofdstuk 3* geeft een gedetailleerd inzicht in het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM), waarbij wordt stilgestaan bij het daadwerkelijke wervings- en contracteringsproces, de mogelijke contractvormen, de werkplannen en de financieringsmodellen.

*Hoofdstuk 4* beschrijft vanuit de modelmatige invalshoek de zogenaamde affiliatiesamenwerking tussen huisartsen en universiteiten, waarbij de werving van geïnteresseerde huisartspraktijken centraal staat.

*Hoofdstuk 5* biedt, voornamelijk vanuit de organisatiekundige invalshoek, een theoretisch kader aan, van waaruit het academiseringsproces in de huisartsgeneeskunde verklaard kan worden. Ook de relatie tussen de aangeboden modellen en theorieën enerzijds en de praktische invulling van het HAM anderzijds wordt besproken.

In de hoofdstukken 6 tot en met 10 worden de resultaten van empirisch onderzoek naar specifieke deelaspecten van de samenwerking tussen huisartsen en universiteiten beschreven.

*Hoofdstuk 6* beschrijft de belangrijkste uitkomsten van een onderzoek naar de ervaringen van participanten van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland, terwijl *hoofdstuk 7* aandacht besteedt aan inhoud, proces en uitkomst van de academisering van de huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg.

*Hoofdstuk 8* geeft een beeld van het oordeel van huisartsen over deelname aan huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, uitgaande van de universiteit.

*Hoofdstuk 9* beschrijft de planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in (geacademiseerde) huisartspraktijken, waarin met name wordt stilgestaan bij de vraag of huisartsen bij de daadwerkelijke participatie aan universitaire projecten de eerder opgegeven voorkeursgebieden volgen.

Omdat voor een goede samenwerking tussen twee partijen het management van groot belang is, is een onderzoek gedaan naar diverse management-aspecten van de vakgroep huisartsgeneeskunde (*hoofdstuk 10*).

*Hoofdstuk 11* slotte bevat een algemene beschouwing en aanbevelingen.

De bijlagen geven een gedetailleerd overzicht van de contractvormen, het werkplan, de in het netwerk participerende huisartsen alsmede van het zogenaamde Coördinatiebureau Eerste Lijn.

De relatie tussen vraagstelling en hoofdstukindeling is in schema 1.1 aangegeven.

**Schema 1.1 Relatie tussen vraagstellingen en hoofdstukindeling.**

Vraagstelling	Omschrijving van de vraagstelling	Hoofdstukken
1	Wat zijn definitie, doel en belangrijkste kenmerken van de academisering van de huisartsgeneeskunde?	1,2
2	Kan aan de hand van de huisartsgeneeskundige en de organisatie-kundige literatuur een theoretisch kader gevonden worden voor de academiseringsprocessen in de huisartsgeneeskunde?	2, 5
3	Kan vervolgens aan de hand van dit theoretische kader en op basis van de concrete ervaringen een model worden ontwikkeld zowel voor de academisering van de huisartsgeneeskunde als voor de samenwerking tussen universiteiten en huisartsen op "affiliatie-basis"?	4, 5
4	Welke ontwikkeling heeft het academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg (het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht = HAM) doorgemaakt (case-study)?	3
5	Welke zijn de verbanden tussen het gevonden theoretisch kader en de praktische uitwerking van het HAM?	5
6	Wat zijn de ervaringen van participanten aan huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken, zowel lokaal als nationaal?	6, 7
7	Welke variabelen spelen een belangrijke rol bij het afwegingsproces van individuele huisartsen om al dan niet aan een samenwerkingsproject met de universiteit (op het gebied van wetenschappelijk onderzoek) deel te nemen?	8
8	Zijn planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in de huisartsgeneeskunde te verbeteren aan de hand van door de huisarts opgegeven specifieke voorkeursgebieden?	9
9	Hoe wordt het management binnen een vakgroep huisartsgeneeskunde ervaren (case study)?	10

**1.3 Literatuur**

- Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter: een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Groningen: Faculteit Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1988
- Es JC van. Patiënt en huisarts; Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema. Utrecht, 1980
- Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen, Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1991



# HOOFDSTUK 2

## LITERATUUR.

### 2.1 Inleiding

Ter onderbouwing van de modelbeschrijvingen op het gebied van academisering en affiliatie werd de literatuur bestudeerd. Vanuit een huisartsgeneeskundige en bedrijfs-economische invalshoek werd een literatuursearch gedaan. De literatuursearch werd zowel lokaal, nationaal als internationaal gericht, waarbij de volgende trefwoorden of combinaties van trefwoorden werden gebruikt:

#### **nederlandstalig**

- samenwerking
- netwerk(en)
- academisering, academie, academisch
- affiliatie
- huisartsgeneeskunde
- gezondheidszorg
- management

#### **engelstalig**

- cooperation
- network(ing)
- academy
- affiliation
- general practice, family medicin
- (primary) health care (system)
- management

Eveneens werd bekeken of de genoemde trefwoorden in (een gedeelte van) de titel voorkwamen.

De search werd in eerste instantie verricht via Medline.

Toen het resultaat daarvan teleurstellend bleek, werd besloten een beperkt aantal indices meer gedetailleerd te bestuderen:

- de catalogi van de acht Nederlandse universiteiten met een vakgroep huisartsgeneeskunde;
- de jaargangen 1990 t/m 1993 van de nationale tijdschriften:  
Huisarts en Wetenschap  
Medisch Contact  
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- de jaargangen 1990 t/m 1993 van de internationale tijdschriften:  
British Journal of General Practice  
Canadian Family Physician  
Family Practice  
Scandinavian Journal of Primary Health Care

Via de gevonden literatuur werden eventuele referenties nader onderzocht.

Het bleek dat er slechts weinig wetenschappelijke literatuur verschenen is expliciet gericht op de samenwerking tussen universiteiten en huisartsen ten behoeve van onderwijs en onderzoek. Het trefwoord "academisering" (en de engelstalige varianten

daarvan) is in geen van de catalogi bekend. De nationale literatuur biedt op diverse punten niettemin belangrijke aanknopingspunten voor de beschrijving van samenwerkings- en academiseringsconcepten. De gevonden internationale literatuur houdt zich met name bezig met de optimalisering van de samenwerking tussen huisartsen en universiteiten (of zelfstandige research-centres) op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Slechts een beperkt aantal artikelen beschrijft de ervaringen van zogenaamde University Teaching Practices, die qua concept vergelijkbaar zijn met de huisartsgeneeskundige academisering in Nederland.

In dit hoofdstuk wordt de relevante literatuur beschreven. In 2.2 wordt de nationale literatuur besproken, terwijl 2.3 relevante internationale publikaties behandelt.

## 2.2 Nationale ontwikkelingen

Van Weel <sup>1</sup> wijst in zijn inaugurale rede op het belang van de samenwerking met het huisartsgeneeskundige veld. "De relatie met het veld van patiëntenzorg is essentieel. Dit geldt voor de intramurale klinische afdelingen, dit geldt evenzeer voor de universitaire huisartsinstituten. Fraaie voornemens op het gebied van onderzoek en onderwijs gaan er impliciet vanuit dat dit in de praktijken van participerende huisartsen te realiseren is. In de naaste toekomst - uitbreiding van co-assistentenschappen, verlenging van de beroepsopleiding, uitbreiding van het patiëntgebonden onderzoek, automatisering en academisering - zal de band tussen het huisartsinstituut en huisartspraktijken nog intensiever worden."

Ook tijdens de oraties van Crebolder en Knottnerus wordt nadrukkelijk stilgestaan bij het belang van samenwerking en academisering op huisartsgeneeskundig terrein.

Crebolder <sup>2</sup> gaat in op het belang van samenwerking tussen de regionale eerstelijns werkers en de universiteit. Als belangrijkste probleem in de bestaande situatie wordt genoemd het ontbreken van het institutionele karakter (dat een laboratorium en de kliniek wel hebben) dat nodig is ten einde de noodzakelijke randvoorwaarden te kunnen realiseren. "Noch over de hulpverleners, of zij nu onderwijs geven of onderzoek verrichten, noch over de patiënten kan zomaar worden beschikt. Het is goed te beseffen, dat elke medewerking vanuit het veld geschiedt op basis van individualiteit, vrijwilligheid en wederkerigheid. Voor beide partijen, veld en universiteit, moet de verhouding aantrekkelijk en voordelig zijn. Één van de modellen om de relatie tussen faculteit en eerstelijns veld vorm te geven is de zogenaamde academisering." <sup>2</sup>

Ook Knottnerus <sup>3</sup> onderschrijft het belang van samenwerking tussen universiteit en eerstelijns. "Een conditio sine qua non voor - zowel uitvoerbaar als relevant - huisartsgeneeskundig onderzoek is een goede relatie met de huisartsen in de regio. Van groot belang hierbij is een gelijkwaardige relatie tussen de partners, met erkenning van elkaars rol en bekwaamheden."

De gedachtenvorming over de fenomenen samenwerking en academisering in de huisartsgeneeskunde was onderwerp van het symposium "Faculteit en eerste lijn", gehouden aan de Rijksuniversiteit Limburg op 21 en 22 november 1980 <sup>4</sup>. Tijdens dit symposium werd ingegaan op het belang van de academisering van de huisartsgeneeskunde vanuit diverse invalshoeken. Aan de orde kwam het belang van academi-

sering voor de realisatie van volksgezondheids-doelstellingen, voor de specialistische zorg, voor de relatie met de geestelijke gezondheidszorg alsmede voor de relatie van de eerstelijns met de samenleving en bevolking.

Twee bijdragen van het symposium zijn van bijzonder belang. Allereerst de bijdrage van Van Es, zoals in 1981 gepubliceerd in Medisch Contact <sup>5</sup>. Hij gaat in op het specifieke karakter van de eerste lijn en het daaraan gekoppelde belang voor geneeskundige faculteiten dit specifieke karakter nadrukkelijk tot uiting te laten komen in de opleiding (zowel in het basiscurriculum als de beroepsopleiding tot huisarts). Besproken worden de voorwaarden, waaraan het extramurale veld zou moeten voldoen, de problemen, die verwacht kunnen worden, de verantwoordelijkheidsverdeling en de beschikbare gelden.

Geconcludeerd wordt dat "èn door de daar aangeboden problematiek èn door het gehanteerde probleemoplossende proces èn door de specifieke vraagstelling de ziekenhuisgeneeskunde en de eerstelijns geneeskunde een groot aantal essentiële verschillen vertonen", en dat "een medische faculteit deze aspecten (op het gebied van onderwijs en onderzoek, die van het extramurale veld verwacht kunnen worden) niet buiten haar gezichtsveld kan blijven houden; het gaat om zodanig centrale vragen dat dit in feite onmogelijk is."

Tijdens hetzelfde symposium spitst Brouwer <sup>4</sup> het belang van een goede relatie tussen faculteit en eerste lijn toe op de situatie van de geneeskundige faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg. In de bijdrage "Wat moet er in Maastricht nog gebeuren?" wordt het creëren van een eerstelijns arbeidsveld voor onderwijs en onderzoek één van de belangrijkste actiepunten van de Maastrichtse universiteit genoemd. "Wat het laboratorium is voor de vakgroep fysiologie, wat de kliniek is voor de afdeling chirurgie, dat is de huisartsgeneeskundige praktijk voor een afdeling huisartsgeneeskunde. Elke medische faculteit die ten behoeve van onderwijs en onderzoek wil samenwerken met personen en instellingen in de extramurale gezondheidszorg, zal in die extramurale sector moeten investeren teneinde dat veld onderwijs- en onderzoekrijp te maken."

Mede als reactie op de belangrijkste bevindingen van het symposium schreven De Groot en Knottnerus in 1982 een artikel met als titel "Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? Het dilemma van professionalisering en democratisering" <sup>6</sup>. De vraag wordt gesteld of de doelen van de beide partijen wel met elkaar in overeenstemming te brengen zijn en welke gevaren er op de loer liggen. "Men kan zich voorstellen dat er een superprofessioneel bouwwerk ontstaat dat zich relatief autonoom gaat ontwikkelen ten opzichte van de concrete hulpbehoefte en de directe invloed van de gebruikers van de zorg. De eerste lijn wordt dan een proeftuintje in plaats van een zelfstandige inspiratiebron." Geconcludeerd wordt dat er geen nieuwe zorglaag zou mogen ontstaan, terwijl het tevens onjuist zou zijn de academiseringsplannen te concentreren op gezondheidscentra. "Veeleer zou het zo moeten zijn dat in de relatie tussen faculteit en eerste lijn de diversiteit in samenwerkingsvormen tot zijn recht komt." Centraal in het betoog van De Groot en Knottnerus staat de richtingbepaling van het proces. Niet de academie zelf, maar juist het veld zou die richting moeten aangeven. Vervolgens kunnen in overleg tussen faculteit en eerste lijn de relaties omschreven en daar waar mogelijk geconcretiseerd en gerealiseerd worden.

Als reactie hierop schrijft Brouwer <sup>10</sup> in zijn artikel "Academisering in de eerste lijn een noodzaak" dat het goed mogelijk is plannen met betrekking tot de academisering in



de eerste lijn te ontwikkelen in harmonie met de belangen van het veld.

Het ligt in de lijn der verwachtingen dat na de opname van de huisartsgeneeskunde als discipline in alle geneeskundige faculteiten en de ontwikkelingen in het kader van de beroepsopleiding tot huisarts, de oprichting van een academisch onderwijs- en onderzoeksveld de volgende stap in de professionalisering van de huisartsgeneeskunde zou moeten zijn.

In het artikel "Academische werkplaats eerstelijns-gezondheidszorg" beschrijft Mulder<sup>7</sup> in 1982 een profiel van een zogenaamde academische werkplaats in de eerstelijns gezondheidszorg (AWEG). AWEG's worden gedefinieerd als geaffilieerde groepspraktijken of gezondheidscentra, die op gestructureerde wijze bij het onderwijs zijn betrokken, waarbij het accent ligt op onderwijsvernieuwing. Tegelijkertijd wordt echter bij de te stellen eisen opgenomen dat patiënten van een AWEG gevraagd mag worden mee te werken aan onderwijs en onderzoek, zodat de link naar het onderzoek ook in dit artikel gelegd wordt. Interessant is dat Mulder een vrij uitgebreid profiel van een academische werkplaats probeert te ontwikkelen.

In dit profiel onderscheidt hij 3 categorieën van eisen:

- Eisen ten aanzien van de praktijksituatie (accommodatie, registratie, samenwerking en uitoefening patiëntenzorg)
- Eisen op het gebied van onderwijs, onderzoek en nascholing
- Eisen in de relatie tussen de AWEG en de universiteit (contract e.d.)

In hetzelfde jaar beschrijven De Melker en Pool een model van een zogenaamd Academisch geneeskundig centrum<sup>8</sup>. Dit centrum wijkt qua gedachtengang af van de eerder genoemde academische werkplaatsen. Een academisch geneeskundig centrum zou moeten bestaan uit 4, op specifieke terreinen werkzame, onderdelen, te weten het academische ziekenhuis, de academische huisartspraktijken, de algemene onderwijs-ziekenhuizen en verpleeginrichtingen en onderwijshuisartspraktijken. Deze onderdelen zouden op elk taakgebied, patiëntenzorg, onderwijs/onderzoek en opleidingen, met elkaar moeten samenwerken en op het gebied van onderwijs en onderzoek met de faculteit der geneeskunde en eventuele andere faculteiten.

Daar waar het academisch ziekenhuis top-klinische zorg zou moeten verlenen, daar levert de academische huisartspraktijk huisartsgeneeskundige zorg op academisch niveau. Voor de implementatie van dit model wordt door De Melker een stapsgewijze opbouw voorgesteld.

In het artikel "Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg?"<sup>9</sup> wordt de noodzaak van academische centra, met aandacht voor de extramurale gezondheidszorg nogmaals door de Melker onder de aandacht gebracht. De academisering van de extramurale zorg zou een concrete versterking van de eerste lijn kunnen betekenen. "Toekomstige medici zullen immers op een andere gezondheidszorg moeten worden voorbereid. Dat is alleen denkbaar, indien ook de extramurale gezondheidszorg over opleidings- en onderzoeksmogelijkheden beschikt, die aan deze nieuwe gezondheidszorg inhoud kunnen geven."

In 1984 verschijnen twee, op het gebied van academisering, relevante publikaties. Het interfacultair overleg huisartsgeneeskunde (IOH), een structureel overleg van de hoogleraren huisartsgeneeskunde (voorzitters universitaire vakgroepen) beschrijft in

een uitgebreid rapport "Op weg naar de AWEG" <sup>11</sup> de belangrijkste uitgangspunten, voorwaarden en eisen bij de ontwikkeling van de academisering huisartsgeneeskunde. De verschillen tussen affiliatie en academisering worden besproken en de academiseringsvorm "acquisitie" wordt geïntroduceerd. Affiliatie en acquisitie worden omschreven als vormen van academisering, waarbij sprake is van respectievelijk samenwerking op contractbasis en samenwerking van beide partners (veld en universiteit) met gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het totale beheer (patiëntenzorg en academische taken). Uit de inventarisatie van het IOH blijkt dat in de periode 1982-1984 bij geen van de universitaire instituten grote stappen in de richting van de ontwikkeling van een academisch veld zijn gezet. Nog steeds zit men in de fase van theoretische en strategische planning, en slechts op sommige plaatsen zijn de eerste experimenten geconcretiseerd en geïmplementeerd. Volgens het IOH bestaat er landelijk in ieder geval geen verwarring meer over het begrip "academisering".

"Academiseren is het - uitgaande van de behoefte van de universiteiten aan mogelijkheden voor het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde - voor het geven van praktisch onderwijs en voor het verrichten van onderzoek openstellen van het (regionale) gezondheidszorgsysteem ten behoeve van de ontwikkeling van het onderwijs en het onderzoek in de huisartsgeneeskunde en de regionale gezondheidszorg, waarbij wederzijdse participatie van universiteit en zorgveld een vereiste is."<sup>11</sup>

Het begrip AWEG wordt gedefinieerd als "het geheel van gezondheidsvoorzieningen die geschikt zijn voor het uitvoeren van academische taken naast praktische patiëntenzorg". Onder dit verzamelbegrip vallen de begrippen "academische praktijk", of "academisch eerstelijns gezondheidscentrum" en "affiliatiepraktijk respectievelijk affiliatiecentrum". Het IOH beschrijft een model, bestaande uit diverse contractvormen, de voorwaarden en eisen, verschillende organisatievormen en voegt een bijlage toe met de veelbelovende titel "De B.V. als rechtsvorm voor academische praktijken".<sup>11</sup>

Een tweede rapport dat vermelding verdient is "Academisering/Affiliatie; de samenwerking tussen huisartsen en universiteit" <sup>12</sup> van Dijksterhuis. Hierin worden, vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde van Groningen, de academiseringsprocessen bekeken op lokaal, nationaal en internationaal niveau.

Dijksterhuis komt tot enkele, wat hij zelf noemt "eigenwijze" indrukken en aanbevelingen, waarvan de volgende genoemd worden:

*"Huisartsen zullen liever willen samenwerken met een universitair instituut met een duidelijk gezicht, waarvan men weet wat men kan verwachten op het gebied van onderwijs en onderzoek. Een duidelijke visie of een beleid is dus noodzakelijk. Tevens is een voorwaarde dat het niet alleen bij intentieverklaringen blijft, maar dat er ook wat uitkomt."*

*"In plaats van academisering zouden we beter kunnen spreken van de samenwerking tussen de vakgroep huisartsgeneeskunde en huisartsen."*

*"Het is van belang dat er een persoon is (of enkele personen) binnen de vakgroep die zich inzet(ten) voor de verbetering van de samenwerking met huisartsen. Maar tevens dient de academisering/affiliatie wel door de hele vakgroep als verantwoordelijkheid te worden gevoeld."*

*"Alle huisartsmedewerkers van de vakgroep dienen ook praktisch als huisarts in een vaste praktijk te werken voor ten minste vier halve dagen per week."*

Naar aanleiding van het rapport van Dijksterhuis is het zinvol een sprong in de geschiedenis te maken, omdat het Groningse concept van de universitaire huisartspraktijk mede is ingegeven door ervaringen bij de Edinburgh University General Practice Teaching Unit.

De eerste ervaringen met de universitaire huisartspraktijk te Groningen zijn respectievelijk in 1961 <sup>13</sup> en 1970 <sup>14</sup> in Huisarts en Wetenschap beschreven.

Opvallend in het concept van de University Teaching Unit in Edinburgh is de constatering dat, ondanks de aanwezigheid van zeer veel studenten in de praktijksetting, de arts-patiënt relatie goed was gebleven en de patiënten nooit bezwaar maakten medewerking te verlenen aan de opleiding van de student. Bovendien valt op dat op een patiëntenpopulatie van 5.000 patiënten, vier huisartsen, twee maatschappelijk werkers, twee verpleegsters en twee secretaresses werkzaam zijn. Op deze manier ontstaat er met name voor de huisartsen ruimschoots de gelegenheid tijd en aandacht te besteden aan onderwijs en onderzoek.

De universitaire groepspraktijk te Groningen is in navolging van de Teaching Unit in Edinburgh opgebouwd. In 1970 worden in het artikel "Één jaar universitaire groepspraktijk te Groningen" de belangrijkste conclusies beschreven <sup>14</sup>.

Er wordt met name gezocht naar het antwoord op de vraag "Waarom een universitaire huisartspraktijk?".

Samengevat luidt het antwoord:

- omdat een wetenschappelijk medewerker, die niet dagelijks contact heeft met de huisartspraktijk in al zijn diverse facetten, kan verschrallen tot iemand met een formele, theoretische en academische zienswijze ten opzichte van het vak van huisarts;
- omdat bij het onderwijs in de huisartsgeneeskunde het best gebruik gemaakt kan worden van "levende" situaties en de casuïstiek het beste kan worden toegelicht door de praktizerende huisarts zelf;
- omdat in een universitaire praktijk optimale mogelijkheden aanwezig zijn om research-mogelijkheden te signaleren en in nauwe samenwerking met de vakgroep uit te werken en uit te voeren;
- omdat in een dergelijke praktijk maximale aandacht bestaat voor de ontwikkeling van dagindelingen, waarbij de patiëntenzorg enerzijds en de wetenschappelijke taken anderzijds een duidelijke plaats krijgen.

De evaluatie geeft in het algemeen een positief beeld. De huisartsen zijn volledig als ambtenaar aangesteld, zodat elk financieel moment bij de behandeling van patiënten ontbreekt. Dit wordt positief gevonden, alhoewel de "dubbelrol" van actief huisarts en wetenschappelijk medewerker aanpassingsproblemen oplevert. Problemen in de patiëntenzorg interfereren vaak met het geconcentreerd bezig zijn met de wetenschappelijke taak, terwijl aan de andere kant het gevaar bestaat dat de contacten met de patiënten een te grote theoretische gerichtheid krijgen. Tenslotte bleek - na systematische navraag - dat patiënten geen klachten hadden over de frequente afwezigheid van "hun" huisarts.

Na de ruime belangstelling voor "academisering" in de begin 80-er jaren, mede ingegeven door het congres "Faculteit en eerste Lijn", lijkt het er op, dat dit onderwerp in de volgende periode aan actualiteitswaarde verliest. Het duurt tot 1987 alvorens Blanken en Van der Meulen de samenwerking tussen universiteit en eerstelijns vanuit een bedrijfskundige optiek beschrijven<sup>15</sup>. Zij komen tot enige ideaaltypische vormen van zogenaamde reguleringsmechanismen, op basis waarvan de samenwerking tussen universiteit en huisarts kan worden ingericht. Uitgangspunt is de agency-theorie, een theorie waarbij organisaties (ook interorganisationale samenwerkingsverbanden) gezien worden als een netwerk van ruilrelaties.

"Impliciet en expliciet moeten tussen de partijen die bij de ruil zijn betrokken afspraken worden gemaakt over de uit te voeren activiteiten, de spelregels, de beoordelingscriteria, de beloningen, de rechten van de verschillende betrokkenen en de duur van de relatie." De zogenaamde regulering van de ruilrelatie kan plaatsvinden door drie "reguleringsmechanismen", te weten prijsmechanisme, hiërarchie-mechanisme en consensusmechanisme.

#### *Prijsmechanisme*

Dit mechanisme is gebaseerd op het spel van vraag en aanbod en dus op het streven van betrokken partijen naar maximalisatie van het individuele nut en op de mogelijkheid van snelle toe- en uittreding tot de ruilrelatie.

#### *Hiërarchie-mechanisme*

De regulering gaat in dit verband uit van een gerichtheid van betrokkenen op het maximaliseren van het gezamenlijke belang en van het bestaan van vaste, continue relaties. Controle van de afspraken gebeurt door een "supervisor", bijvoorbeeld door middel van een periodieke visitatie.

#### *Consensusmechanisme*

Regulering komt tot stand op grond van gedeelde opvattingen over de te leveren prestaties en tegenprestaties. De partijen zijn het volledig eens over de doelen en de wijze waarop deze doelen bereikt kunnen worden.

De onderzoekers concluderen dat "voor een daadwerkelijke versterking van de eerste lijn ook de samenwerking tussen universiteit en eerste lijn moet worden verbeterd. Tot nu toe is die samenwerking voornamelijk door medici bestudeerd. Aanvullende deskundigheid en nieuwe invalshoeken lijken echter gewenst. Een economisch getinte, bedrijfskundige theorie kan een van die invalshoeken zijn.

Een dergelijke benadering reikt nieuwe gezichtspunten aan die kunnen worden gehanteerd bij de analyse en beoordeling van bestaande samenwerkingsverbanden tussen de eerstelijns en de universiteiten en bij het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden. Zo'n benadering sluit bovendien aan bij de "cultuurverandering" die zich in de gezondheidssector lijkt te voltrekken."<sup>15</sup>

Op 1 januari 1987 startte de eerste fase van de zogenaamde Tijdelijke Stimuleringsregeling van Universitaire Huisartspraktijken (de TSUH). Uitgaande van het gegeven dat het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (O&W) de primaire verantwoordelijkheid heeft voor de versterking van de academisering huisartsgeneeskunde ten behoeve van onderwijs (in het basiscurriculum) en onderzoek, was het Ministerie van Wetenschap, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) bereid middelen ter beschikking te

stellen voor de tijdelijke stimulering van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in relatie tot de opleiding tot huisarts. De gelden (Fl. 150.000.= per jaar per universitaire vakgroep) konden worden besteed aan de volgende activiteiten:

- het bijhouden van vaardigheden door huisarts-stafleden van de vakgroep;
- het ontwikkelen en uittesten van onderwijsmethoden en -modellen in de beroepsopleiding;
- het leveren van een directe onderwijsbijdrage aan de beroepsopleiding;
- het ontwikkelen en ten dele uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde, wederom gerelateerd aan de beroepsopleiding.

Voor de uitvoering en de begeleiding van de stimuleringsregeling werd de BAEG (Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg)<sup>33</sup> ingesteld. Een projectgroep van de BAEG beschreef het academiseringsproces in een viertal rapporten<sup>29-32</sup>. Bovendien werd een artikel "Van gastdocent tot UHP- arts - de ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde -" gepubliceerd<sup>16</sup> (UHP=Universitaire Huisartspraktijk). Naast een beschrijving van het netwerkmodel in termen van infrastructuur, overlegstructuur en meerjarenplan, bevat het artikel de volgende conclusie.

"Het is waarschijnlijk dat het Ministerie van WVC zich in het kader van de stelselwijziging zal terugtrekken als individueel gesprekspartner en dat de academisering geregeld zal moeten worden binnen het overleg tussen beroepsgroep, ziektekostenverzekeraar en datzelfde ministerie. Zonder een uitbreiding van de financiering staan de ontwikkelingen stil. Het academiseringsproces is nog niet afgerond."<sup>16</sup>

Spreeuwenberg<sup>35</sup> besteedt eveneens aandacht aan de onduidelijke situatie op het gebied van de financiering van extramurale werkplaatsen. "Als we het noodzakelijk achten dat er buiten het academisch ziekenhuis werkplaatsen zijn waar op academisch niveau activiteiten plaatsvinden op het gebied van onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van de extramurale disciplines, dan moet het zwartepieten worden gestaakt. Het lijkt me redelijk een zeker percentage van de premie-inkomsten voor "research and development" van gezondheidszorgvoorzieningen te bestemmen. Een deel hiervan kan worden aangewend voor het creëren en onderhouden van de benodigde infrastructuur."

Ook in het "Rapport van de sub-commissie gezondheids(zorg)wetenschappen"<sup>25</sup> van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) wordt aandacht geschonken aan dit probleem. Deze commissie werd gevraagd de vakgebieden van het gezondheidswetenschappelijk cluster te definiëren en te beschrijven, een standpunt te bepalen over de criteria voor kwaliteitsbeoordeling in deze sector en nadere voorstellen te doen voor profilering en zwaartepuntvorming. Ten aanzien van het vakgebied Huisartsgeneeskunde worden drie knelpunten geformuleerd:

1.

Het in vergelijking met de klinici zeer terughoudende personele en carrière beleid ten aanzien van de staf van universitaire huisartsgeneeskundige instituten, waardoor het voor ervaren en bekwame huisartsgeneeskundige wetenschappers steeds minder aantrekkelijk wordt een universitaire loopbaan te kiezen. Dit vormt een bedreiging voor de kwaliteit van het onderzoek en onderwijs en de ontwikkeling van geacademiseerde huisartsgeneeskundige zorg;

2.

Onduidelijk is in hoeverre diverse tijdelijke stimuleringsregelingen op het gebied van onderzoek en de relatie onderwijs-gezondheidszorg een vervolg krijgen;

3.

Het in tegenstelling tot de situatie in de academische ziekenhuizen, (nog) niet structureel erkend en gefinancierd worden van academische gezondheidszorg en gezondheidszorgontwikkeling in de huisartsgeneeskunde."

Bij een aantal publikaties ligt het accent meer op de wijze waarop het wetenschappelijk onderzoek of facetten daarvan moet worden uitgevoerd<sup>26,27,28</sup>. Het samenwerkingsaspect tussen onderzoeker (universiteit) en huisarts wordt daarin wel aangestipt, vooral inhoudelijk en soms organisatorisch. De beleids- en beheersmatige ontwikkeling komt minder aan de orde. De rol van de patiëntenzorg in geacademiseerde huisartspraktijken is weliswaar erkend, maar krijgt in de literatuur weinig aandacht. In 1994 verschijnt een artikel<sup>34</sup> waarin een onderzoek naar de patiëntenzorg in de academische huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg wordt gepresenteerd. De patiëntenzorg in de academische praktijken wordt, afhankelijk van diverse factoren, op drie niveau's onderscheiden, te weten een basisniveau, "good clinical practice" en "academisch in strikt zin".

Het basisniveau is het minimale niveau, waaraan elke academische praktijk moet voldoen en heeft voornamelijk betrekking op infrastructurele voorzieningen, zoals volgende artsen, assistentie, praktijk- en onderwijsruimte, automatisering, praktijkfolder, gestructureerd overleg en teambesprekingen).

"Good clinical practice" onderscheidt zich van het basisniveau doordat er systematische aandacht bestaat voor het gebruiken van de NHG-standaarden, monitoring van categorieën patiënten, zelf doen van vele medisch-technische diagnostische en therapeutische ingrepen, thuiszorg, toetsing en nascholing.

Van "academisch in strikte zin" is sprake als de academische praktijk naast "good clinical practice" ook actief betrokken is bij onderwijsvernieuwing en het genereren van onderzoekshypothesen, publiceren en eventueel promoveren en daarnaast ook bijdragen levert aan de beleidsmatige ontwikkeling van de vakgroep huisartsgeneeskunde.

Uit alle bijdragen en ontwikkelingen blijkt dat er in ons land geen verschil van mening bestaat over het belang van samenwerking tussen faculteit en eerstelijns, zowel voor de eerstelijns patiëntenzorg, als en misschien wel vooral voor het facultaire onderwijs en onderzoek. Toch blijkt anno 1994 dat de ontwikkeling van academische centra huisartsgeneeskunde achterblijft bij de ontwikkeling en uitbouw van intramurale academische afdelingen. Het ontbreken van een belangrijke financiële impuls, equivalent aan de impuls voor academische ziekenhuizen (de Rijksbijdrage), lijkt een belangrijke

reden voor het uitblijven van voldoende, omvangrijke huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in geheel Nederland.

Op enkele plaatsen, zoals bij de Rijksuniversiteit Limburg, zijn niettemin succesvolle initiatieven genomen, hetgeen niet alleen te danken is aan de aldaar aanwezige creativiteit of de gecreëerde regionale gezondheidszorgvoorzieningen en samenwerkingsvormen. Belangrijke factor is ook de waardering en blijvende belangstelling van de universitaire gemeenschap en de regio voor het vakgebied huisartsgeneeskunde. Bovendien zijn de, in het kader van het Vernieuwingsfonds Extramurale Zorg, gecreëerde financiële mogelijkheden van groot belang gebleken. In hoofdstuk 3 zal dit nader worden toegelicht.

## 2.3 Internationale literatuur

In de internationale literatuur wordt nauwelijks expliciete aandacht besteed aan het proces van de ontwikkeling van (academische) samenwerking tussen individuele huisartspraktijken en universitaire huisartsgeneeskundige instituten of centra. Sommige artikelen<sup>17-23</sup> besteden aandacht aan samenwerking met huisartsen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, terwijl twee artikelen<sup>14, 24</sup> de ervaringen van een University Teaching Practice beschrijven. Literatuur over samenwerkingsconcepten tussen universiteiten en huisartsen op het gebied van onderwijs werd nauwelijks aangetroffen.

Booth<sup>17</sup> beschrijft in 1987 uitgebreid de historie van het wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek. In het artikel wordt ook aandacht besteed aan de ontwikkeling van de "college research units" en de toenemende concurrentie vanuit de universitaire huisartsgeneeskundige groepen. De "college research units" hebben voortdurend geworsteld met het probleem van onvoldoende (zekerheid voor de) staf. Booth verwacht dat de universiteiten in de toekomst een belangrijke rol zullen gaan vervullen op het gebied van onderzoek.

Herbert<sup>18</sup> geeft uitvoerig aan welke obstakels overwonnen moeten worden om huisartsgeneeskundig onderzoek adequaat te kunnen uitvoeren. Genoemd worden:

- tijd;
- geld;
- de tendens van huisartsen om in alles geïnteresseerd te zijn;
- het geloof van huisartsen, dat ze alles zelf moeten doen;
- de complexiteit van en de onbekendheid met methodologische aspecten;
- een gebrek aan zelfverzekerdheid en een gevoel nooit genoeg te weten om een onderzoek te starten.

Om toch onderzoekers aan te trekken is het goed een aantal ontwikkelingen te onderkennen. Allereerst zullen er steeds meer huisartsen (met name vrouwen) parttime werkzaam zijn in de patiëntenzorg en daardoor de mogelijkheid krijgen in de resterende tijd aandacht te besteden aan wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Voorts zal de aandacht voor de ontwikkeling van vaardigheden op het gebied van zelftoetsing, onderlinge toetsing en onderzoek bij de opleidingen versterkt (moeten)

worden, hetgeen de mogelijkheden voor huisartsgeneeskundig onderzoek zal doen toenemen.

Ten derde zal meer en meer gebruik gemaakt gaan worden van "networks of family practice research". De samenwerking tussen "community-based" en "university-based" researchers zal toenemen, waardoor het potentieel aanzienlijk zal toenemen.

Op de vierde plaats zal vanuit de universiteiten toenemende aandacht ontstaan voor de opleiding van huisartsgeneeskundig onderzoekers, voor "research fellows" en voor het aantrekken van subsidies om het onderzoek mogelijk te maken.

Tenslotte zullen er meer onderzoeks-fora moeten ontstaan, zowel op lokaal, nationaal als internationaal niveau. Deze fora moeten zowel voor de universitaire onderzoeker als voor de 'community-researcher' toegankelijk zijn.

Gagnon FA et al <sup>19,20</sup> beschrijven in een tweetal artikelen het totale proces van de ontwikkeling en uitvoering van een wetenschappelijk onderzoeksproject in de huisartspraktijk. Een project valt uiteen in tien fasen:

1

Voorkomen van problemen voordat ze ontstaan.

In deze fase moet er zekerheid ontstaan over de beschikbaarheid van voldoende tijd om het project te kunnen uitvoeren. Ook de noodzakelijke ondersteuning en samenwerking dient in deze fase reeds zeker gesteld worden.

2

Genereren van een idee.

Verondersteld wordt dat een onderzoeks-idee bij de huisarts vaak reeds aanwezig is. Een dergelijk idee moet in deze fase dan ook besproken worden met collega's om het verder te ontwikkelen.

3

Bestuderen van de literatuur.

4

Ontwikkelen van het idee.

In deze fase is 'brainstorming' met collega's en experts een veel gebruikte methode.

5

Ontwikkelen van het onderzoeksplan.

6

Verkrijgen van financiële ondersteuning.

7

Verkrijgen van ethische goedkeuring.

8

Uitvoeren van het onderzoek.

9

Analyseren van de resultaten.

10

Publiceren en presenteren van de resultaten.



Murphy et al <sup>21</sup> beschrijven het belang van een goed onderhandelingsproces om tot overeenstemming te komen met eerstelijns werkers. De wervingsfase is een belangrijk onderdeel van het totale onderzoeksproject. Ruime aandacht voor dit deel van het proces zal niet alleen leiden tot een hogere response, maar zal tegelijkertijd de kwaliteit van de gevonden data in positieve zin beïnvloeden. Murphy beschrijft verschillende stappen om toegang tot de eerste lijn te verkrijgen.

1

Ontdek en benader de zogenaamde "**stakeholders**". Hieronder worden die personen of groepen verstaan die een bepaalde interesse of een specifiek belang in het onderzoek kunnen hebben. Van hen mag verwacht worden dat zij het onderhavige project kunnen aanprijzen of, indien zij niet serieus genomen worden, belangrijke obstructie kunnen leveren. Grofweg vallen de "stakeholders" uiteen in twee groepen. Allereerst degenen die rechtstreeks betrokken zullen zijn bij het onderzoeksproject (interne "stakeholders"). Voorts zijn er de zogenaamde externe "stakeholders", personen die niet direct bij het project betrokken zijn, maar wier ondersteuning van groot belang kan zijn.

2

Als de "stakeholders" zijn gevonden, vindt de fase van **strategische planning** plaats. De stakeholders spelen bij de ontwikkeling van de strategie een belangrijke rol. Het is dan ook van belang ze in een vroeg stadium in te schakelen. Hun ervaring in inhoudelijke en praktische zin moet een duidelijke invloed hebben in de fase van strategische planning. Ook hun gedachten over de wijze waarop de participanten aan het onderzoek uiteindelijk moeten worden benaderd zijn belangrijk.

3

De volgende fase in het model van Murphy betreft de zogenaamde identificatie van "**gatekeepers**". Aangezien het onderzoek in de eerstelijns (en ook het huisartsgeneeskundig onderzoek) vaak te maken heeft met netwerken van samenwerkende personen is het van belang via de juiste persoon toegang te zoeken tot het netwerk. In de engelse situatie werd aanvankelijk gekozen voor een eerste contact met de practice manager, maar al snel werd duidelijk dat de invloed van betrokken managers op de dokters marginaal is. Bovendien ziet de manager het als zijn taak het netwerk te beschermen tegen belasting van dat netwerk door niet-patiëntenzorg-activiteiten. Zijn attitude ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek bleek dan ook doorgaans negatief. Vanuit die ervaringen werd dan ook gekozen voor een eerste contact met het praktijk-netwerk langs twee kanalen. De manager en de dokters van de praktijk werden tegelijkertijd benaderd in de vorm van een eerste introductie van het project met een verzoek om hun reacties op het projectvoorstel.

4

Alvorens de onderhandeling met de praktijk te beginnen kan het belangrijk zijn een zogenaamde "**local champion**" te vinden. Vaak moet de onderzoeker onderhandelen met praktijken, waarvan hij de medewerkers persoonlijk niet kent. Zeker in zo'n geval lijkt het belangrijk een local champion te zoeken, een in de betreffende regio algemeen bekende persoon met enig aanzien. De local champion moet uiteraard voorzien

worden van adequate informatie over het onderhavige projectvoorstel. Vaak is de local champion één van de eerder genoemde stakeholders.

5

De vijfde en laatste fase betreft de daadwerkelijke onderhandeling tussen de onderzoeker en de praktijk (het netwerk), waarmee de samenwerking wordt gezocht. In de **onderhandelingsfase**, waarin de local champion een belangrijke rol speelt, wordt het project besproken aan de hand van een korte beschrijving van het project, met een focus op de praktische consequenties van participatie door de praktijk aan het project. Centrale doelstelling van het overleg is tweeledig. Allereerst moet voorkomen worden dat de praktijk deelname weigert op basis van òf onvoldoende c.q. inadequate informatie òf op basis van irrationele gronden. Op de tweede plaats moeten de zogenaamde premature toezeggingen voorkomen worden. Zeker bij studies met een lange-termijn-samenwerking tussen onderzoeker en praktijk is het van belang een stevige betrokkenheid te realiseren, alvorens het project van start gaat.

Centrale vraagstellingen in deze fase zijn:

- Heeft u voldoende informatie over het project (ook in zijn praktische uitwerking) om een besluit over participatie te nemen?
- Zijn er nog aspecten in de studie, die de mogelijke participatie bemoeilijken?

Deze hele benadering moet uiteindelijk leiden tot een gevoel van collectiviteit ten aanzien van het project (collective ownership) zowel bij de onderzoeker als bij de participanten.

Silagy et al <sup>22</sup> onderzochten onder 3350 huisartsen in Australië de mate van interesse bij de huisartsen in huisartsgeneeskundig onderzoek en de factoren die bij de beslissing om deel te nemen aan een dergelijk onderzoeksproject een belangrijke rol spelen.

Van de 3350 huisartsen respondeerden er uiteindelijk 1160 (35%).

Van de respondenten gaf 33.7% aan in hoge mate geïnteresseerd te zijn in participatie aan wetenschappelijk onderzoek; 27.9% had geen enkele interesse. Bij de peiling van de interesse bleken de volgende factoren statistisch van geen belang:

- het geslacht van de huisarts;
- de wijze waarop de huisarts salaris ontvangt (loondienst of zelfstandig);
- de organisatiegraad van de praktijk (solo, maatschap, groepspraktijk of gezondheidscentrum);
- de aanwezigheid van een patiëntenregistratie (patiënt master file).

Er werden 6 variabelen onderzocht, die volgens de onderzoekers van belang konden zijn in het besluitvormingsproces van de huisarts om wel of niet deel te nemen aan een onderzoeksproject. Dit waren:

- de mate waarin patiënten hun medewerking aan het project zouden moeten verlenen;
- de tijd die de huisarts in het project zou moeten inzetten;
- de "beloning" voor de huisarts;
- de mogelijkheid om advies en steun van ervaren onderzoekers te kunnen krijgen;
- de mate waarin andere praktijkmedewerkers in het project betrokken zouden moeten worden;
- de mogelijkheid om extra computer-assistentie te kunnen verkrijgen.

Wanneer de mate van interesse in wetenschappelijk onderzoek werd vergeleken met bovengenoemde "beslissingsfactoren" bleek de steun door ervaren onderzoekers en de tijd die de huisarts beschikbaar moet stellen het meeste te wegen in het beslissingsproces van de huisarts om wel of niet deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Borgiel et al onderzochten in Ontario (Canada) onder 120 at random geselecteerde huisartsen (family physicians) welke factoren van belang zijn bij het zogenaamde "recruiting process for family physicians as participants in research"<sup>23</sup>.

Beschreven wordt een wervingsproces waarbij zogenaamde "physician recruiters" worden ingezet, vergelijkbaar met de local champions uit de eerder beschreven studie van Murphy <sup>21</sup>. Het systeem van persoonlijke benadering van potentiële dokters door een recruiter werd als zinvol ervaren, zeker als de recruiter in zijn district goede bekendheid heeft. In de 44 gevallen dat de recruiter een (volgens de arts) vriendschappelijke relatie onderhield met de beoogde deelnemer, leidde dat tot een deelname van 95%.

Bij het ontbreken van een relatie tussen de recruiter en de mogelijke participant bedroeg de deelname 79%.

De persoonlijke benadering (deelname 91%) verdient de voorkeur boven de telefonische (75%) en de gecombineerde benadering via telefoon en brief (87%). Evenals Murphy <sup>21</sup> constateert Borgiel <sup>23</sup> dat de realisatie van een solide betrokkenheid, mede op basis van een goed (beschreven) informatiepakket, van essentieel belang is.

De twee artikelen over "university teaching practices" geven nauwelijks aanleiding tot uitgebreide bespreking in het kader van dit proefschrift. Niet de samenwerkingsaspecten of het proces van academisering worden behandeld, maar de verhouding tussen een universitaire en een privé huisartspraktijk ten aanzien van kostenimplicaties, praktijkomvang, opbouw van de patiëntenpopulatie, verwijzingsgedrag en inkomensaspecten. Rudnick et al <sup>24</sup> concluderen dat de ontwikkeling van een privé praktijk in Hamilton (Canada) tot een onderwijspraktijk van McMaster University in ieder geval leidde tot een aanzienlijke reductie van de praktijkomvang (met 34%) en een verschuiving van de patiëntenpopulatie naar de lagere inkomensgroepen. Vaak wordt verondersteld dat een onderwijspraktijk onrealistisch is, aangezien een dergelijke praktijk niet vergelijkbaar zou zijn met de privé praktijken. Het tempo van de patiëntenzorg zou langzamer zijn en de aangeboden klinische problemen zouden niet overeenkomen. De studie van Rudnick <sup>24</sup> toont aan dat een praktijk wel degelijk kan integreren met een universiteit en tegelijkertijd een hoge mate van vergelijkbaarheid met de privé praktijken kan behouden. In Hamilton werd een opmerkelijke overeenkomst van klachtenaanbod gevonden voordat en nadat de praktijk een universitaire opleidingspraktijk was geworden.

De internationale literatuur is hiermee beschreven en biedt hoofdzakelijk aanknopingspunten voor de beschrijving van algemene samenwerkingsaspecten op het gebied van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. In hoofdstuk 4 (Modelbeschrijving voor de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken) wordt hierop nader ingegaan.

## 2.4 Samenvatting en conclusies

Er is relatief weinig literatuur beschikbaar is over samenwerkings- en academiseringsconcepten op het gebied van onderwijs en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Nationaal wordt in een aantal inauguraties aandacht besteed aan de noodzaak tot participatie van individuele huisartsen aan universitaire onderwijs- en onderzoekprojecten. Samenwerking met het veld van de patiëntenzorg op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid wordt onontbeerlijk gevonden. Het symposium "Faculteit en Eerste Lijn" in 1980 geeft een belangrijke conceptuele en praktische aanzet tot de constructie van academische werkplaatsen. Het concept van de AWEG (Academische Werkplaats Eerstelijns Gezondheidszorg) wordt vervolgens in de jaren 80-85 verder uitgewerkt. Pas in 1987 wordt het academiseringsproces ook vanuit de bedrijfskundige invalshoek bestudeerd en beschreven. Hierna volgt een periode waarin, gefaciliteerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de (projectgroep van de) Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg (BAEG)<sup>29-33</sup> belangrijke bijdragen levert aan de verdere ontwikkeling van de idee-vorming over academisering in de huisartsgeneeskunde.

In de internationale literatuur worden suggesties gedaan op het gebied van de affiliatie-samenwerking, met name voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Slechts in zeer beperkte mate worden initiatieven beschreven, vergelijkbaar met wat in Nederland "academisering" of "academische werkplaatsen" genoemd kan worden.

De beschreven literatuur is verwerkt in de modelbeschrijvingen, die gepresenteerd worden in de hoofdstukken 4 en 5. De nationale literatuur is hoofdzakelijk van belang voor het "model academisering", dat in hoofdstuk 5 nader wordt beschreven. In dit hoofdstuk wordt bovendien de organisatiekundige literatuur gerelateerd aan de academiseringsprocessen. Deze literatuur is namelijk van belang voor de theoretische onderbouwing van met name het model academisering.

De internationale literatuur levert vooral ingrediënten voor het "model werving affiliatie-praktijken". Dit model wordt in hoofdstuk 4 besproken.

## 2.5 Literatuur

- 1  
Weel van C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand. Inaugurale rede Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986
- 2  
Crebolder HFJM. Tē leer in de eerste lijn; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1987
- 3  
Knottnerus JA. Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1988
- 4  
Brouwer W, Romme MAJ. Faculteit en eerste-lijn. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981
- 5  
Es JC van. Faculteit en eerste lijn, voorstel over de wijze waarop de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. Med Contact, 1981; 7: 179-82
- 6  
Groot A de, Knottnerus JA. Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? Med Contact, 1982; 2: 37-9
- 7  
Mulder JD. Academische werkplaats eerstelijns gezondheidszorg. Med Contact, 1982; 26: 761-3
- 8  
Melker RA de, Pool J. Academisch geneeskundig centrum. Med Contact, 1982; 9: 245-9
- 9  
Melker RA de. Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg? Med Contact, 1982; 25: 731-4
- 10  
Brouwer W. Academisering in de eerste lijn een noodzaak. Med Contact, 1982; 11: 321-2
- 11  
Op weg naar de AWEG. Rapport van de adviesgroep academisering van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 1984
12.  
Dijksterhuis P. Academisering/affiliatie. Groningen: Vakgroep huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, 1984
13.  
Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen. Huisarts Wet 1970; 13: 281-6
14.  
Deen KJ van. Edinburgh University Practice Teaching Unit. Huisarts Wet 1961; 4: 78-9

5

Blanken AJ, Meulen H van der. Samenwerking tussen universiteit en eerste lijn bedrijfskundig benaderd. Med Contact 1987; 39: 1236-8

6

Meijer JS, Schadé E. Van gastdocent tot UHP-arts: de ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1992; 35: 29-31

7

Booth C. Research and the general practitioner. Br Med J 1987; 295: 1614-9

18

Herbert CP. Why family practice research? Can Fam Physician 1991; 37: 335-8

19

Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 1). Can Fam Physician 1991; 37: 596-601

20

Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 2). Can Fam Physician 1991; 37: 850-4

21

Murphy E, Spiegel N, Kinmonth AL. "Will you help me with my research?" Gaining access to primary care settings and subjects. Brit J Gen Pract 1992; 42: 162-5

22

Silagy CA, Carson NE. Factors inflecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. Fam Pract 1989; 6: 173-6

23

Borgiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. Fam Pract 1989; 6: 168-72

24

Rudnick KV, Walter MD, Spitzer O, Pierce J. Comparison of a private family practice and a university teaching practice. J Med Ed 1976; 51: 395-402

25

Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen, Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1991.

26

Eijk JThM van, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e druk. Lelystad: Meditekst, 1987

27

Knottnerus JA, Vet HCW de. Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30:49, 50-3, 72-5, 116-9

28

Stoffers HEJH, Kaiser V. De uitvoering van patiëntgebonden aandoeningsgericht wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. In: Es JC van, Mandema E, Olthuis G, Verstraete M. Het Medisch Jaar 1990. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990; 92-107

29

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990

30

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Academisering in een netwerk. Verslag van een vragenlijstonderzoek. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990

31

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Academisering in zicht. Visies op de doelstellingen voor een netwerk. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990

32

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de huisartspraktijk. Eindrapport van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990

33

Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisartsgeneeskunde. BAEG 150, 1991

34

Leclecq RMFM, Crebolder HFJM, Breevoort ELMG. Wens en werkelijkheid in academische huisartspraktijken; discrepanties. Med Contact 1994(49); 41: 1278-1280

35

Spreeuwenberg C. Academische werkplaatsen binnen en buiten het ziekenhuis. Med Contact 1994(49); 41: 1273

## HOOFDSTUK 3

### HET HUISARTSGENEESKUNDIG

### ACADEMISERINGSNETWERK MAASTRICHT

### (HAM) NADER BESCHREVEN.

#### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop aan de Rijksuniversiteit Limburg invulling is gegeven aan het academiseringsconcept huisartsgeneeskunde. Er wordt verondersteld dat deze ervaringen en de er aan ten grondslag liggende ideeën van belang zijn voor andere instituties. Het uiteindelijke resultaat, het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) en de wijze waarop dit netwerk gerealiseerd werd, worden derhalve gedetailleerd beschreven en verantwoord. Stilgestaan wordt bij werwing en contractering van huisartspraktijken, financiën, contracten en werkplannen. Tenslotte wordt het verband besproken tussen de literatuur en theoretische onderbouwing enerzijds en de praktische uitwerking anderzijds.

#### 3.2 Voorgeschiedenis

Vanaf de oorsprong van de Rijksuniversiteit Limburg is er aandacht geweest voor de relatie tussen de faculteit der geneeskunde en het regionale zorgveld. In de zogenaamde Basisfilosofie<sup>1</sup> staat in het hoofdstuk "Doelstelling van de faculteit der geneeskunde" geschreven:

*"Een medische faculteit en het medische wetenschappelijk onderwijs dienen hun doelstellingen te ontleenen aan de gezondheidszorg. De faculteit heeft niet alleen de taak de richting en de kwaliteit van het onderwijs te bewaken. Zij zal daarnaast ook het systeem van onderwijs en van gezondheidszorg moeten beïnvloeden doordat ze, door wetenschappelijk onderzoek en experiment, bijdraagt aan een zo goed mogelijke structuur en werkwijze van de gezondheidszorg."*

*"Gezien de ontwikkelingen die in de eerste lijn plaats hebben zal de Faculteit der Geneeskunde speciale aandacht en onderzoek moeten besteden aan de opleiding van artsen van het eerste echelon".*

*"Samenvattend kan gesteld worden dat de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg zich ten doel moet stellen door onderwijs, onderzoek en actieve deelname aan de gezondheidszorg bij te dragen aan de ontwikkeling van deze zorg . . .".*



*"Uit de doelstellingen die aangegeven zijn voor onderwijs en onderzoek volgt, dat de Faculteit der Geneeskunde actief en op een zo breed mogelijk terrein moet deelnemen aan alle vormen van gezondheidszorg waarin de artsen een rol van betekenis spelen. Natuurlijk dient de deelname aan die zorg te berusten op een analyse van het aanbod aan bestaande en van de vraag naar nieuwe voorzieningen in de regio. Meestal zal er alleen maar sprake kunnen zijn van het overnemen van of het samenwerken in bestaande voorzieningen en activiteiten. Omdat deze maar gedeeltelijk onder één dak kunnen worden ondergebracht zal er bovendien gestreefd moeten worden naar organisatorische bundeling van geografisch gespreide voorzieningen en activiteiten."*

Een nadere uitwerking van dit element van de basisfilosofie vindt in 1982 plaats in de vorm van een intern rapport "Academisering in de eerste lijn" <sup>2</sup> In dit rapport wordt reeds aangegeven dat de RL, mede gezien de ontwikkelingen die in de eerste lijn plaatsvinden, speciale aandacht en onderzoek moet besteden aan de opleiding van artsen in het eerste echelon. Academisering van de huisartsgeneeskunde wordt hiervoor noodzakelijk geacht en wel om de volgende vijf redenen:

- het morbiditeitspatroon in een huisartspraktijk wijkt aanzienlijk af van dat in een ziekenhuis;
- de wijze van probleem-oplossen is in de eerste lijn anders dan in de tweede lijn. Ze is naast ziekte- diagnostisch, ook sterk gericht op de persoon in zijn milieu en levensloop;
- in de eerstelijns werkt een grote diversiteit van hulpverleners, zowel solistisch als in samenwerkingsverbanden. Het is belangrijk dat studenten kennismaken met deze diversiteit;
- studenten moeten diep doordrongen zijn van het feit, dat bij elk gezondheidsprobleem sprake is van een verwevenheid van somatische, psychische en milieufactoren. Didactisch gezien is de thuiszorg het meest in aanmerking komende werkgebied om aanstaande artsen in aanraking te brengen met dit fundamentele gegeven;
- er is nog relatief weinig bekend van de in de eerstelijns voorkomende gezondheidsproblemen en de ontwikkelingen daarvan. Onderzoek naar aard en omvang van deze problematiek is van belang, mede om knelpunten in de gezondheidszorg op te sporen.

Op basis van dit rapport en gesprekken met vertegenwoordigers van het Ministerie van O&W werd in 1982 "de commissie academisering eerstelijnsgezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg" ingesteld. Deze, formeel door de directeuren-generaal voor het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderwijs en voor de Volksgezondheid geïnstalleerde commissie diende de besluitvorming van de ministers van O&W en Volksgezondheid en van het bestuur van de Rijksuniversiteit Limburg voor te bereiden.

In april 1983 verscheen het rapport van de commissie, in de volksmond het Rapport Sikkel (Dr.A.Sikkel was de voorzitter van deze commissie) genoemd <sup>3</sup>. Naast een historische terugblik bevat het rapport Sikkel een model-beschrijving inzake de structuur en de bekostiging van academisering van de eerste lijn.

Het rapport beschrijft een model bestaande uit een Facultaire Werkplaats eerstelijnsgezondheidszorg en een groep van partieel geacademiseerde praktijken.

De werkplaats, bestaande uit een tweetal huisartspraktijken, zou moeten worden ondergebracht in een stichting, die vervolgens een overeenkomst sluit met de universiteit.

De Stichting Facultaire Werkplaats (SFW) zou facultaire medewerkers in staat stellen geïntegreerd deel te nemen aan de patiëntenzorg.

De belangrijkste activiteiten van de werkplaats zijn:

- het verlenen van patiëntenzorg;
- het geven van onderwijs, georiënteerd op de eerste lijn;
- het verrichten van onderzoek;
- het voorbereiden en uitvoeren van gezondheidszorgprojecten;
- het leveren van een bijdrage aan de opleiding van huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijns (para)medische beroepen.

De Stichting Facultaire Werkplaats zou verantwoordelijk gesteld worden voor de verwerving van een tweetal praktijken.

Naast de Stichting Facultaire werkplaats (SFW) zou een zogenaamde Stichting Academisering in de Eerste Lijn (SAEL) worden opgericht; de SAEL vormt een platform voor overleg tussen universiteiten en het veld en vervult tevens de functie van meld- en regelkamer ten aanzien van partieel geacademiseerde praktijken.

Via deze stichting zou de universiteit haar opties op het gebied van onderwijs en onderzoek aan het eerstelijns-veld bekend kunnen maken, terwijl diezelfde eerstelijns in de gelegenheid is opties aan de faculteit(en) bekend te maken.

De huisartsen reageerden reeds in 1981 op de, in de basisfilosofie beschreven, universitaire plannen. Een officiële standpuntbepaling van het bestuur van de PHV (Plaatselijke Huisartsvereniging) Maastricht <sup>4</sup> werd in april 1981 in Medisch Contact gepubliceerd.

Het belangrijkste lijkt de waar te nemen schaalvergroting van de tweede lijn, zonder dat deze ingegeven is door een duidelijk omschreven behoeftebepaling.

*"Voor de eerste lijn worden tot nog toe op geen enkele wijze verruimende omstandigheden geschapen, gebaseerd op de veranderde "geacademiseerde" inhoud van taak en functie, waardoor wij zouden kunnen komen tot een uitbreiding van mankracht en mogelijkheden om mede daardoor een gelijkwaardige partner te kunnen blijven voor de tweedelijns gezondheidszorg."*<sup>4</sup>

Samenvattend wordt vervolgens geconcludeerd dat voorwaardenscheppende beleidsbeslissingen voor de eerste lijn een conditio sine qua non zijn om tot verdere ontwikkeling te komen.

*"Zo niet, dan zal de aanwezigheid van de faculteit eerder een belemmerende dan een stimulerende werking hebben."*<sup>4</sup>

Het heeft tot 1985 geduurd alvorens concreet op de uitnodiging van de basisfilosofie werd ingegaan. Dit is in het kader van de totale procesgang verklaarbaar.

Vanaf 1974 heeft de vakgroep huisartsgeneeskunde nadrukkelijk geparticipeerd aan het proces van ontwikkeling van de Medische Faculteit. In datzelfde jaar werd de eerste leerstoel Huisartsgeneeskunde officieel ingesteld. Onderwijsontwikkeling was in de jaren 1974 - 1980 dan ook de primaire taakstelling van de vakgroep. De roep om

academisering van het huisartsgeneeskundig veld was wel degelijk aanwezig, maar werd pas echt manifest vanaf het begin van de tachtiger jaren. De organisatie van het symposium Faculteit en Eerste Lijn door de vakgroepen huisartsgeneeskunde en Sociale Psychiatrie in 1980 was typerend voor deze manifest geworden aandacht en heeft deze ook in hoge mate versterkt.

De nota's "Academisering in de eerste lijn" <sup>2</sup> en "Integraal plan voor universitaire participatie in de regionale gezondheidszorg" <sup>5</sup>, alsmede het "Rapport van de Commissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg" <sup>3</sup> beschrijven uitvoerig het kader, van waaruit de academisering huisartsgeneeskunde in Maastricht gestalte heeft gekregen.

De jaren 1982 tot 1985 kunnen ten aanzien van de academisering huisartsgeneeskunde gekenschetst worden als een periode van toenemend pragmatisme. Interne discussies in de universiteit/faculteit en overlegsituaties met de huisartsen in de (directe) regio volgden elkaar in hoog tempo op. Vanaf deze periode wordt er ook gesproken van het academiseringsmodel, bestaande uit 2 cirkels.

## AWEG's en SAEL-praktijken: de academisering 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> cirkel

In het rapport-Sikkel worden twee academiseringsstereotypen nader beschreven, te weten de AWEG (Academische Werkplaatsen Eerstelijns Gezondheidszorg oftewel de Stichting Facultaire Werkplaats) en de zogenaamde SAEL-praktijken.

Artikel in Limburgs Dagblad, 9 november 1983

### 'FACULTAIRE WERKPLAATS EERSTE LIJN'

## RL koopt praktijken huisartsen

**MAASTRICHT** - Binnenkort zal de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg een aantal huisartspraktijken in Maastricht en omgeving kopen. Met de aankoop is meer schakeling onder half miljoen gediend. De aankoop viel voor in het advies van de zogenaamde Commissie Sikkel, die in maart van dit jaar adviseerde tot die aankoop en omvorming ervan tot 'Facultaire werkplaats eerste lijn'.

Het is niet het eerste huisartsgeneeskundig praktijken behoudt en stelt behoudend solvabele dan ook wel de aankoop van de medische faculteit naar schatting om 10 miljoen men van de gezondheid van de regio.

De praktijken over te gaan, met hetzelfde doel als de RL.

### Stichting

De praktijken zullen, althans zo wil het rapport-Sikkel, niet door de faculteit zelf, maar door een apart op te richten stichting worden beheerd; daarnaast wordt werkt aan de oprichting van stichting die een aantal andere praktijken tussen het veld van de gezondheidszorg en de faculteit laatste stichting zal weilloos van het jaar van de grond krijgen dan worden ondergebracht het Medisch Regionaal Centrum Maastricht.

De Commissie Sikkel liet over de mogelijkheid open om huisartspraktijken op te richten plaats van ze over te nemen. Maar is nu toch voor het laatste, ook al omdat de commissie daarvoor toch een licht voor had.

## AWEG-praktijken

De nota's en zelfs de regionale pers (Limburgs Dagblad 9-11-1983) gaven aan dat de universiteit een beperkt aantal huisartspraktijken zou opkopen, de Academische Werkplaatsen Eerstelijns Gezondheidszorg.

De huisartsen zouden in loondienst van de universiteit (of van een onafhankelijke stichting, de Stichting Facultaire Werkplaats) komen en er zouden tevens medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de gezondheidszorg worden toegevoegd. Daar waar voorheen drie huisartsen de gezondheidszorg- taak verrichtten, daar zouden nu bijvoorbeeld vijf huisartsen deze taak verdelen, en daarnaast onderwijs en onderzoekwerkzaamheden verrichten. De beleidsmakers van toen noemden deze academiseringsvorm de zogenaamde 1<sup>e</sup> cirkel.

## SAEL-praktijken

Naast de werving van eerste cirkel-praktijken zou de zogenaamde Stichting Academisering Eerste Lijn (SAEL) ook de wervingsfunctie vervullen ten behoeve van het aantrekken van huisartspraktijken, die in een samenwerkingsverband met de universiteit bereid zouden zijn partieel bijdragen te leveren aan het universitaire onderwijs- en onderzoekprogramma. Deze SAEL-praktijken werden de 2e cirkel-praktijken genoemd.

De samenwerking heeft uiteindelijk een andere invulling gekregen dan de beleidsnota's voorspelden. De AWEG-gedachte, alhoewel theoretisch van grote schoonheid, kon geen voedingsbodem vinden. Acquisitie van een huisartspraktijk (gezondheidscentrum) door de universiteit bleek structureel en financieel niet haalbaar, terwijl tevens slechts zeer moeizaam de aansluiting met de andere eerstelijns-disciplines gevonden kon worden. Ook de vraagstukken met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor het zorgproces waren ingewikkeld.

Tevens bleek dat de Stichting Academisering Eerste Lijn (SAEL) niet in staat was de wervingstaak van de partieel geaffilieerde praktijken op adequate wijze te vervullen.

Het is goed te weten dat de SAEL een andere kijk op de academiseringsplannen ontwikkelde dan hetgeen de faculteit der geneeskunde zinvol achtte. Het is logisch dat de SAEL, samengesteld uit vertegenwoordigers uit de kerndisciplines van de eerste lijn, een academiseringsgedachte ontwikkelde voor de eerste lijn als geheel. Dit betekent dus een academisering, niet alleen van de huisartsgeneeskunde, maar ook in ieder geval van de wijkverpleegkunde, de gezinszorg en het maatschappelijk werk. Deze gedachte, die later niet haalbaar bleek te zijn, was in de eerdere universitaire plannen wel gelijk zichtbaar.

Voortdurend was er sprake van de academisering van de eerstelijns gezondheidszorg met een, vanuit de behoefte van de Faculteit der Geneeskunde bekeken, natuurlijke voortrekkersrol voor de huisartsgeneeskunde.

Al spoedig bleek echter dat de uitstraling naar de andere eerstelijns disciplines een indirecte zou moeten zijn, enerzijds vanwege de beperkingen in financiële zin, anderzijds door het onderwijs- en onderzoeksprofiel van de geneeskundige faculteit, gericht op de opleiding van artsen.

Deze twee gegevens leidden aan de kant van het faculteitsbestuur tot de volgende conclusies:

### 1

De wervingstaak van toekomstige geacademiseerde praktijken wordt teruggehaald naar de faculteit c.q. de vakgroep huisartsgeneeskunde. De SAEL houdt zich voortaan bezig met de ontwikkeling van multidisciplinaire onderwijs- en onderzoeksprojecten met een draagvlak binnen de eerste lijn.

### 2

De faculteit streeft naar het tot bloei brengen van academiseringsrelaties met huisartsen op basis van een andere invulling dan het door de commissie Sikkels geïntroduceerde eerste en tweede cirkelmodel. Acquisitie van huisartspraktijken is geen optie meer, terwijl tevens het accent van academisering verlegd wordt van de eerste lijn naar de huisartsgeneeskunde.

De nieuwe definities zijn nu als volgt.

Een 1<sup>e</sup> cirkel academiseringspraktijk is, gezien de brede taakstelling een over het algemeen grotere setting (groepspraktijk, gezondheidscentrum of associatie), alwaar een samenwerking wordt aangegaan ten aanzien van de drie gebieden onderwijs, onderzoek en registratie van patiëntgebonden gegevens.

De 2e cirkel-praktijken zijn kleiner van omvang en concentreren zich in principe op één van de eerder genoemde hoofdgebieden.

De omvang van de samenwerking varieert in de 1e cirkel van 0.5 Fte tot 1.0 Fte per praktijk, terwijl de gemiddelde omvang bij de 2e cirkelpraktijk ca. 0.2 Fte betreft.

(1 Fte = 1 full-time equivalent).

Naast de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> cirkelpraktijken zouden er affiliatiepraktijken geworven worden. Onder affiliatie wordt in de Maastrichtse filosofie verstaan een kortlopende samenwerking tussen huisarts(praktijk) en universiteit op basis van een specifiek onderwijs- of onderzoeksproject.

Tussen deze drie vormen van samenwerking was niet een verondersteld verschil in kwaliteit tussen de praktijken maatgevend. De benadering was veeleer pragmatisch; de wederzijdse mogelijkheden en perspectieven om gemakkelijk en zonder te forceren op basis van wederzijds voordeel een relatie aan te gaan, bepaalden de loop der dingen.

Inmiddels was de faculteit der geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg in het kader van de zogenaamde TVC- operatie (Taakverdeling en Concentratie van de landelijke geneeskundige faculteiten) door het Ministerie van Onderwijs aangewezen zich te profileren op het gebied van de eerstelijns geneeskunde. Vanuit een extra geldstroom, het Vernieuwingsfonds Extramurale Gezondheidszorg, kwamen extra financiële middelen beschikbaar.

Deze ontwikkeling staat uitvoeriger beschreven in het artikel "Academisering van huisartspraktijken"<sup>6</sup>.

Kort samengevat kent de ontwikkeling van de academisering huisartsgeneeskunde in Maastricht 4 periodes:

1974 - 1982	De periode van de theoretische onderbouwing van het academiseringsconcept en de verkenning van het eerstelijns veld
1982 - 1985	Het toenemend pragmatisme; de concept-ontwikkeling is gericht op spoedige contractering van geacademiseerde praktijken, volgens een bijgesteld cirkel-model
1985 - 1990	De werving van praktijken en de verdere uitdieping van het ontwikkelde concept (passend bij de Maastrichtse filosofie: probleemgestuurd en aan de hand van concrete casuïstiek) <sup>7,34</sup>
1990 - heden	Toenemende aandacht voor nadere uitwerking, evaluatie en aanscherping van het academiseringsconcept.

In november 1993 en 1994 vonden de jaarlijkse workshops plaats van het academiseringsnetwerk van de Rijksuniversiteit Limburg. In 1993 werd gekozen voor een verdere uitdieping van het onderwerp academisering aan de hand van de inaugurale redes van de hoogleraren huisartsgeneeskunde van deze universiteit.

Onder de titel "Academisering als Beleidsinstrument; dagelijks werk op niveau of geleerd gedoe?" besprak de directeur Preventie, Algemene Gezondheidszorg en Opleidingen van het Ministerie van WVC de historie en de noodzaak van de academisering van de eerste lijn. Naast aandacht voor de definitie-problematiek van academisering werd vastgesteld dat academisering noodzakelijk is zowel voor onderwijs, opleiding en onderzoek als voor de verdere ontwikkeling van het vakgebied. Het netwerkmodel lijkt de beste vorm, waarin de academisering van de huisartsgeneeskunde gestalte kan krijgen. Aandacht voor landelijke coördinatie van alle academiseringsontwikkelingen wordt essentieel geacht. Een voorwaarde voor het slagen van de academiseringsplannen is de succesvolle combinatie van patiëntenzorg met de academische taken. Het Ministerie van WVC heeft voldoende gestimuleerd en de tijd lijkt aangebroken dat ook de academisering van de eerste lijn regulier onderdeel wordt van de zogenaamde Rijksbijdrage-regeling. De netwerken moeten duidelijker maken wat ze doen in het kader van academisering en de behaalde successen uitdragen. Daarbij moet er aandacht zijn voor outputmeting, niet alleen van de universitaire taken op het gebied van onderwijs en onderzoek, maar ook ten aanzien van de effecten op de patiëntenzorg.

In 1994 stond de ontwikkeling van de patiëntenzorg in academische praktijken centraal. Diverse geacademiseerde huisartsen demonstreerden "gezondheidszorg-projecten". Als centraal spreker was de voormalig staatssecretaris Prof.Mr.J.Cohen bereid gevonden stil te staan bij de financiering van extramurale academische netwerken. De diverse financieringswijzen (uit de Rijksbijdrage voor academische ziekenhuizen, een "eigen" rijksbijdrage voor extramurale werkplaatsen of subsidiering vanuit de centrale overheid of vanuit de ziekenfondsraad) werden geanalyseerd. Helaas lijkt geen van deze varianten op korte termijn haalbaar.

Zo begint deze inleiding met de "basisfilosofie" van de Rijksuniversiteit Limburg en wordt deze geëindigd met de workshop van de academische praktijken, zoals georganiseerd in november 1994.

### 3.3 Nadere begripsbepaling

In paragraaf 1.2 werd dieper ingegaan op de begrippen academisering en affiliatie. Ook in het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM), hebben deze begrippen een bepaalde betekenis gekregen.

**"Academisering"** betekent dan de gestructureerde / geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van (de integratie van) wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg.

De voor deze samenwerking noodzakelijke infrastructuur wordt vervolgens het "academiseringsnetwerk" genoemd.

**"Affiliatie"** wijkt in zoverre af van academisering, dat bij affiliatie de nadruk niet direct ligt op de integratie van onderwijs of onderzoek met de patiëntenzorg, maar meer op de uitvoering van huisartsgeneeskundig onderwijs en onderzoek op het gewenste

kwalitatieve niveau. Er is een verschil in omvang, intensiteit en continuïteit van de samenwerking tussen de universiteit en de geaffilieerde huisarts(praktijk). De gemaakte afspraken gelden doorgaans voor een specifiek onderwijs- of onderzoeksproject en slechts voor de duur van dat project (variërend van 1 tot 3 jaar). Dat laat onverlet dat vele "affiliatie-huisartsen" langdurig aan diverse projecten hun bijdrage verlenen of hebben verleend.

Meer nog dan de "affiliatie-huisarts" dient de "academische huisarts" te voldoen aan eisen op het gebied van de infrastructuur en de kwaliteit van de patiëntenzorg. Bij infrastructuur kan dan gedacht worden aan voldoende capaciteit bij huisarts en assistentie, praktijk- en onderwijsruimte, automatisering en registratie en informatie in de vorm van praktijkfolders en -verslagen. Op het gebied van de patiëntenzorg gaat het dan bijvoorbeeld om het (systematisch) gebruik van de NHG-standaarden, het beleid ten aanzien van de thuiszorg, kwaliteitsbevordering en toetsing.

De academische huisarts heeft bovendien een actieve rol in de directe beïnvloeding van het beleid van de vakgroep huisartsgeneeskunde op het gebied van onderwijs, onderzoek en ook beleidsmatig. Deze beïnvloeding geschiedt door de implementatie van nieuwe inzichten in het onderwijs, het genereren van onderzoekshypothesen en zo mogelijk door actieve deelname aan de beleidsorganen van de vakgroep (onderwijsgroep, researchgroep en dagelijks bestuur) en eventueel van de faculteit.

De definities van en verschillen tussen academisering en affiliatie zijn niet sluitend en ook niet voor iedereen even inzichtelijk. Sommigen verklaren de verschillen tussen academisering en affiliatie dan ook primair aan de hand van de "financieringsbron".

De indruk bestaat dat bij de ontwikkeling van het HAM, zeker in de begin jaren tachtig de nadruk sterk gelegen heeft op discussies over dergelijk definitie-kwesties. Vanaf 1985/1986 is de aandacht verlegd naar een meer pragmatische benadering. Met "vallen en opstaan" leren wat academisering zou kunnen zijn, leek toen beter dan van te voren te proberen het "vallen en opstaan effect" te voorkomen.

### **3.4 Werving, contractering en omvang van het HAM**

De werving van te academiseren huisartspraktijken voltrok zich in tegenstelling tot de in het rapport Sikkel geformuleerde twee cirkels (Stichting Facultaire Werkplaats Eerstelijnsgezondheidszorg en Stichting Academisering Eerste Lijn) via vijf fasen:

1  
Academisering van praktijken van reeds bij de vakgroep werkzame huisartsen.

2  
Contractering van geautomatiseerde praktijken met een primaire taak op het gebied van het registreren van patiëntgegevens.

3  
Verdere uitbreiding van het netwerk in de vorm van een open werving onder alle

huisartsen in de facultaire regio (Limburg en Zuid-Oost Brabant en deels ook Vlaanderen).

4

Werving van huisartspraktijken ten behoeve van ontwikkelingstaken op het gebied van de huisartsopleiding, ingegeven door de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken (TSUH).

5

De laatste aanpassingen van het netwerk ten gevolge van uitval van eerder toegetreden huisartspraktijken.

De diverse ontwikkelingsfasen van het HAM worden in dit hoofdstuk kort beschreven.

### **3.4.1 Contractering praktijken 1<sup>e</sup> fase**

Zoals hierboven aangegeven werd in de periode 1985/1986 gestart met de contractering van geacademiseerde huisartspraktijken.

Er waren reeds vanaf 1975 huisartsen aan de vakgroep huisartsgeneeskunde verbonden, met de intentie in de verdere toekomst als geacademiseerde huisarts werkzaam te zijn. Deze huisartsen behielden hun aanstelling bij de vakgroep huisartsgeneeskunde, maar ontvingen een ander (een geacademiseerd) taakprofiel. In het HAM wordt dit de academisering 1e fase genoemd. De geacademiseerde huisartsen 1e fase houden zich in principe bezig met alle gedefinieerde hoofdtaken van academisering, te weten onderwijs, onderzoek, registratie ten behoeve van het Registratienet Huisartspraktijken en gezondheidszorgontwikkeling. De afgesloten contracten hebben een omvang, variërend van 0.2 Fte tot 1.3 Fte per geacademiseerde huisartspraktijk.

In de eerste fase werden 8 huisartspraktijken in het HAM-netwerk opgenomen.

### **3.4.2 Contractering huisartspraktijken 2<sup>e</sup> fase**

Toen bleek dat de werkzaamheden ten behoeve van het Registratienet Huisartspraktijken (RNH)<sup>16,29,32</sup> achterbleven bij de beoogde doelstelling werd door de Rijksuniversiteit Limburg ingegaan op een reeds eerder gedaan verzoek van de zogenaamde gebruikersvereniging Orghis. Deze vereniging van huisartsen die hun praktijk automatiseerden met het systeem Microhis waren bereid hun praktijk in te zetten in het netwerk en te registreren volgens de gedefinieerde RNH-begrippen. Vijf praktijken werden voor 0.1 - 0.3 fte in het netwerk opgenomen met een exclusieve inhoudelijke inzet ten behoeve van het RNH.

Naast basale en projectregistraties ten behoeve van het RNH, zou ook het coördinatorschap van het RNH in de 2e fase nadere invulling krijgen, met speciale aandacht voor het automatiseringsproces.



### 3.4.3 Contractering huisartspraktijken 3<sup>e</sup> fase

Voor de verdere uitbouw van het academiseringsnetwerk met name ten behoeve van onderwijsactiviteiten, werd in 1988 in de regio's Limburg en Zuid-Oost Brabant een open werving gestart.

Alle huisartsen werden aangeschreven met als belangrijkste vraag of er belangstelling bestond voor participatie aan het HAM. Van de aangeschreven 530 huisartsen, werkzaam in 285 praktijksettings reageerde 40.5 % (116 praktijken).

Van de respondenten bleek 33.6 % (39 praktijken) geïnteresseerd in daadwerkelijk participatie aan het netwerk.

De belangstelling voor de inhoudelijke onderdelen wordt in tabel 3.1 weergegeven. Opvallend was het gegeven dat bijna de helft van de geïnteresseerde huisartsen geen voorkeur had voor een bepaald inhoudelijk takenpakket.

In maart 1988 werd voor de geïnteresseerde huisartsen een eerste academiseringsworkshop georganiseerd. Daarin werd uitgebreid aandacht besteed aan het academiseringsproces in het algemeen en de rol van huisartsen bij onderwijs, onderzoek en registratie in het bijzonder.

Na de workshop werden alle praktijken door een delegatie van het bestuur van de vakgroep huisartsgeneeskunde gevisiteerd, waarna door het bestuur de uiteindelijke selectie werd verricht. Deze selectie vond plaats op grond van ervaring met onderwijs en onderzoek, getoonde interesse en motivatie, en de aanwezigheid van adequate praktijkvoorzieningen.

Uiteindelijk werden 11 praktijken aan het HAM toegevoegd.

**Tabel 3.1 Inhoudelijke belangstelling bij de werving van huisartspraktijken HAM 3e fase (n=39)**

Onderwerp met primaire interesse van de huisarts(en)	Aantallen absoluut	Kolompercentage (%)
Onderzoek exclusief	1	3
Onderwijs exclusief	2	5
Registratie-activiteiten exclusief	6	15
Onderzoek en onderwijs	5	13
Onderzoek en registratie	6	15
Onderwijs en registratie	2	5
Geen voorkeur	17	44

### 3.4.4 Contractering huisartspraktijken 4<sup>e</sup> fase

In de eerste drie fasen van het academiseringsproces werd met betrekking tot de onderwijsactiviteiten nadrukkelijk geworven voor de participatie van praktiserende huisartsen aan onderwijs in het basiscurriculum van de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Bijdragen aan de huisartsopleiding kon geen onderdeel uitmaken van de afgesloten contracten en werkplannen, aangezien de financiering van het netwerk plaatsvond met middelen van het Ministerie van O&W, het zogenaamde Vernieuwingsfonds. Door een additionele financiering vanuit het Ministerie van VVC, de Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken (de "UHP-regeling") werd het mogelijk nieuwe huisartspraktijken aan het HAM toe te voegen met een specifieke taakstelling op het gebied van de huisartsopleiding.

Op de diverse financieringsstromen wordt in dit hoofdstuk nog teruggekomen. Met de nieuwe middelen werden vijf nieuwe huisartspraktijken aan het netwerk toegevoegd. Eén, reeds aan het netwerk participerende praktijk kreeg een uitbreiding van de reeds overeengekomen taakstelling.

### 3.4.5 Contractering huisartspraktijken 5<sup>e</sup> fase

In de vijfde en vooralsnog laatste fase van het academiseringsproces traden vier nieuwe huisartspraktijken toe. De mogelijkheden tot toetreding ontstonden doordat drie geacademiseerde huisartspraktijken hun participatie aan het HAM beëindigden. De nieuwe geacademiseerde huisartspraktijken houden zich voornamelijk bezig met taken ten behoeve van het Registratienet Huisartspraktijken, wetenschappelijk onderwijs en in mindere mate met wetenschappelijk onderzoek.

### 3.4.6 Omvang HAM anno 1994

Uiteraard hebben er zich in de jaren 1987 tot 1994 wijzigingen voorgedaan in de bezetting van het netwerk. Naast personele wijzigingen door vertrek van zittende huisartsen naar andere praktijken of uitbreidingen van de praktijken zelf, hebben in totaal drie huisartspraktijken hun academiserings-samenwerking met de vakgroep huisartsgeneeskunde beëindigd. De belangrijkste reden van beëindiging van de relatie betrof het tijdsprobleem. De combinatie van de patiëntenzorg met de wetenschappelijke taken is zeer arbeidsintensief.

Het totale netwerk bestaat derhalve uit 30 huisartssettings, waarvan

- 9 gezondheidscentra
- 13 duo- of groepspraktijken
- 8 solo-praktijken

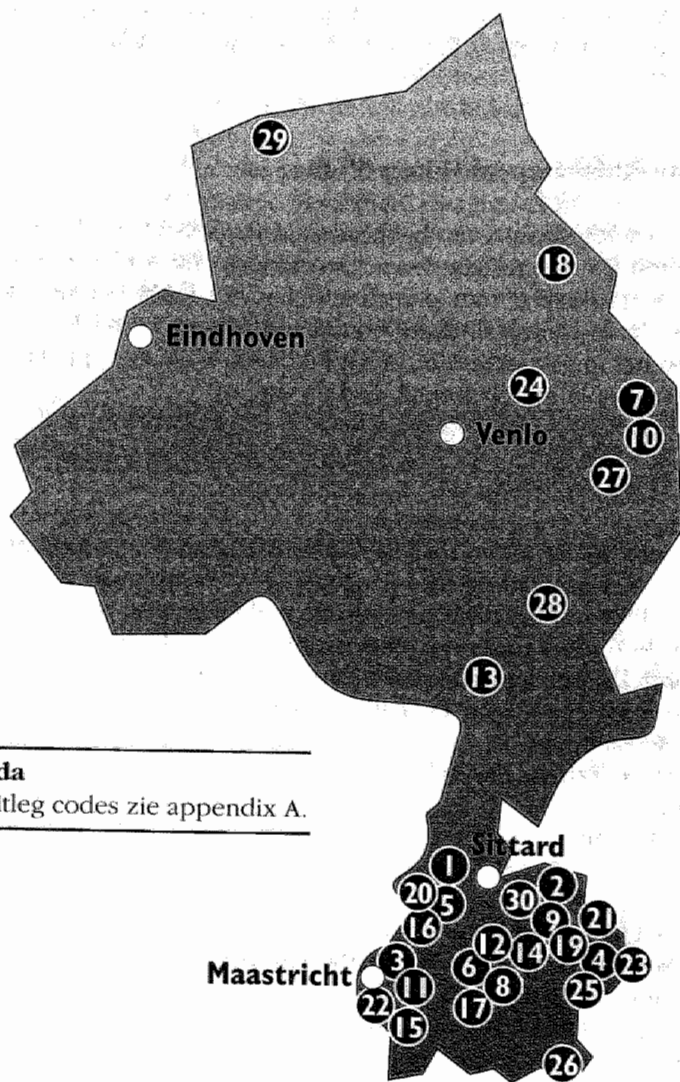
In het HAM zijn in totaal 83 huisartsen werkzaam, waarvan er 16 op enigerlei wijze en met behulp van verschillende financieringsmethoden gedetacheerd zijn vanuit de Rijksuniversiteit Limburg. In appendix A wordt een overzicht gegeven van de anno 1994 aan het HAM participerende huisartspraktijken.

De geografische spreiding van de aan het HAM participerende huisartspraktijken wordt in figuur 3.2. weergegeven.

Bij de ontwikkeling van het netwerk was de realisatie van een zekere spreiding van de netwerkpraktijken over de universitaire regio geen geformuleerd uitgangspunt. Voor de uitvoering van de diverse taken, met name voor het onderwijs, is het voordelig dat er een concentratie van HAM-praktijken bestaat binnen een straal van circa 30 km vanaf de universiteit.

Ook ten behoeve van de communicatie biedt dit voordelen. Dat laat onverlet dat ook de op grotere afstand gelegen praktijken de inhoudelijke werkplannen volledig en naar volle tevredenheid (kunnen) uitvoeren.

**Figuur 3.2 Geografische spreiding van de praktijken over de universitaire regio**



#### Legenda

Voor uitleg codes zie appendix A.

## 3.5 Financiering van het HAM

### 3.5.1 Inleiding

De realisatie en instandhouding van een omvangrijk en professioneel functionerend huisartsgeneeskundig academiseringsnetwerk zijn voor een belangrijk gedeelte afhankelijk van de aanwezige financiële mogelijkheden. Het is onjuist te veronderstellen dat de structurele samenwerking tussen huisartsen en universiteiten in academiseringsnetwerken tot stand zou kunnen komen zonder de noodzakelijke financiële impulsen. Een adequate vergoeding van de tijdsinvestering van de huisartsen en de, in de praktijk te maken, onkosten is dan ook een essentiële voorwaarde.

De Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg heeft de noodzaak van een adequate financiering onderkend en verschaft in 1986 vanuit het zogenaamde Vernieuwingsfonds additionele middelen. Het Vernieuwingsfonds werd door het Ministerie van O&W toegekend aan twee Nederlandse universiteiten, de Rijksuniversiteit Limburg en de Vrije Universiteit van Amsterdam. Deze, vanuit de oorsprong tijdelijke, subsidie stelde de Faculteit der Geneeskunde in staat haar specifieke opdracht in het kader van de eerstelijns-profilering ten uitvoer te brengen. In 1991 slaagde de faculteit er in structurele toekenning van het vernieuwingsfonds te verkrijgen, mede doordat een inhoudelijke visitatie door een "international board" van deskundigen op het gebied van extramurale profilering tot een positieve beoordeling leidde<sup>34</sup>.

Het HAM wordt voor een belangrijk gedeelte gefinancierd uit het Vernieuwingsfonds. Aangezien het Vernieuwingsfonds primair bedoeld was ten behoeve van facultair onderwijs en onderzoek in het kader van de eerstelijnsprofilering, bleef de huisartsopleiding vooralsnog buiten beschouwing. Dat was mede een reden voor het Ministerie van WVC om over te gaan tot de toekenning van de zogenaamde Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken (de "UHP-regeling"). Deze tijdelijke stimulans gold voor de periode 1987 tot/met 1994 en is derhalve na afloop van het jaar 1994 beëindigd. Indien er geen vervangende regeling wordt afgekondigd komen belangrijke delen van het HAM in gevaar. De minister heeft inmiddels de Ziekenfondsraad gevraagd de verplichtingen in het kader van deze regeling tijdelijk over te nemen, ter voorbereiding op een definitieve regeling.

### 3.5.2 Financiële middelen

De financiering van het HAM vanuit het Vernieuwingsfonds en de Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken start formeel op 1 januari 1987.

De middelen van het Vernieuwingsfonds worden door het ministerie van O&W toegekend aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg en derhalve opgenomen in de facultaire begroting. De Stimuleringsregeling UHP wordt vanuit het ministerie van WVC rechtstreeks aan de vakgroep huisartsgeneeskunde toegekend. Het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde heeft vanaf 1987 een aantal structurele maatregelen genomen ter financiering van het HAM; daarnaast zijn twee separate toewijzingen gedaan ter financiering van investeringen in de bouw van geacademiseerde huisartspraktijken en voor de noodzakelijke automatisering in de betreffende praktijken.

De structurele maatregelen betreffen enerzijds de financiering van 9.6 Fte personeel lasten en anderzijds de vergoeding van in het netwerk gemaakte onkosten.

De stimuleringsregeling werd jaarlijks toegekend op basis van een, bij het ministerie ingediende evaluatie over het voorgaande jaar en een vraagbegroting voor het volgende jaar. De begroting bevat zowel een personele als een materiële component. In de startjaren 1987/1988 is eveneens bijgedragen aan de financiering van verbouwingen/aanpassingen in geacademiseerde praktijken.

Uit de tabel 3.3 blijkt dat het HAM in de periode 1987-1994 (een periode van 8 boekjaren) een totale financiering heeft ontvangen van Fl. 10.776.000.=, hetgeen een gemiddelde jaarlijkse bijdrage betekent van ca. Fl. 1.300.000.=.

Hoewel deze bijdrage aanzienlijk is, moeten de hier genoemde bedragen wel in het juiste perspectief gezien worden. Het betreft enerzijds een groot netwerk bestaande uit 30 huisartssettings met ruim 80 huisartsen, van waaruit voor 9.6 Fte bijdragen worden geleverd aan het onderwijs- en onderzoekprogramma van de Rijksuniversiteit Limburg. Anderzijds moet de vergelijking gemaakt worden met andere academiseringsnetwerken. De geacademiseerde afdelingen van de academische ziekenhuizen kunnen als mogelijk referentiekader beschouwd worden. De financiering van academische ziekenhuizen geschiedt via de zogenaamde Rijksbijdrage Academische Ziekenhuizen vanuit het Ministerie van Onderwijs en wetenschappen (O&W). Het AZM (Academisch Ziekenhuis Maastricht) ontvangt in dit kader een jaarlijkse bijdrage van momenteel ruim Fl. 98.000.000.= (inclusief diverse opslagen). Het is echter onmogelijk zonder verdere differentiatie en specificatie dit bedrag te vergelijken met het financiële perspectief van het HAM.

**Tabel 3.3 Financiële input HAM in periode 1987 - 1994**

Boekjaar	Onderwerp	Bron	Bedrag (gemiddeld per jaar)	Toekenning per boekjaar	Eenmalige toekenning	Totaal financiering 1987 - 1994
1987-1992	Vergoeding onkosten in de geacademiseerde praktijken (exploitatie)	VF	192.000	ja	-	1.152.000
1993-1994	Vergoeding onkosten in de geacademiseerde praktijken (exploitatie), inclusief bijdrage aan apparatuur	VF	222.000	ja	-	44000
1987-1994	Vergoeding personele inzet van de geacademiseerde huisartsen van het HAM (9,6 Fte)	VF	960.000	ja	-	7.680.000
1988	Bijdrage aan verbouwingsactiviteiten in geacademiseerde praktijken	VF	500.000	-	ja	500.000
1989	Aanschaf computer-apparatuur HAM ten behoefte van het Registratienet Huisartspraktijken (RNH)	VF	300.000	-	ja	300.000
1987-1994	Vergoeding personele inzet van de geacademiseerde huisartsen van het HAM (0,9 Fte)	UHP	90.000	ja	-	720.000
1987-1994	Vergoeding onkosten / verbouwingen	UHP	60.000	ja	-	480.000
<b>Totaal over periode 1987-1994</b>						<b>10.776.000</b>

Legenda: VF = Financiering uit het Vernieuwingsfonds

UHP = Financiering uit de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken

### 3.5.3 Financiële vertaling naar de geacademiseerde huisartspraktijken van het HAM

Teneinde de beschikbaar gestelde middelen op een efficiënte wijze te verdelen over de geacademiseerde praktijken zijn diverse financieringsmodellen nader uitgewerkt. De personele inzet van de huisartsen kan op verschillende wijzen worden gehonoreerd:

#### prestatie tegen salaris

de geacademiseerde huisarts levert inhoudelijke bijdragen aan onderwijs, onderzoek en/of huisartsopleiding en ontvangt daarvoor een honorarium van de Rijksuniversiteit Limburg via een aanstelling bij de vakgroep huisartsgeneeskunde. De omvang van het werkplan van de betreffende praktijk bepaalt de aanstellingshoogte en dus het te verdienen salaris;

### **prestatie tegen prestatie**

de geacademiseerde huisarts levert bijdragen en wordt gecompenseerd doordat een medewerker van de vakgroep huisartsgeneeskunde in de praktijk van de huisarts een gedeelte van de patiëntenzorg levert. De omvang van het werkplan bepaalt de mate van aanwezigheid van de RL-medewerker in de praktijk;

### **prestatie tegen geld**

de bijdragen van de huisarts worden vergoed in de vorm van een geldelijke vergoeding, niet zijnde salaris. De omvang van het werkplan bepaalt de hoogte van de geldelijke vergoeding.

### **outputfinanciering**

de bijdragen van de huisarts worden achteraf op basis van de daadwerkelijk geleverde prestatie in geld uitbetaald.

Het verschil tussen de genoemde beloningssystemen "prestatie tegen geld" en "outputfinanciering" verdient wellicht enige aandacht. In hoofdstuk 5 zal aan de hand van de economische organisatie-theorieën duidelijk worden dat bij "prestatie tegen salaris" in wezen taakafhankelijke beloning bedoeld wordt. Niet de mate waarin gepresteerd wordt bepaalt de hoogte van de beloning, maar de taak(omvang) staat centraal. Bij outputfinanciering wordt wel de prestatie centraal gesteld. De term prestatiebeloning zou dan ook wellicht duidelijker zijn.

Momenteel worden alle bovengenoemde beloningsmethodieken toegepast. Tabel 3.4 geeft de verdeling van de gebruikte beloningsmethodieken weer. Prestatie tegen salaris is nog veruit de meest toegepaste methodiek, met name omdat de aanstelling van geacademiseerde huisartsen als universitair medewerker de gelijkwaardigheid benadrukt, hetgeen in het kader van de netwerkfilosofie belangrijk wordt gevonden.

Prestatie tegen prestatie wordt met name toegepast in de geacademiseerde praktijken uit de 4e fase. Doelstelling van de stimuleringsregeling universitaire huisartspraktijken was namelijk stafmedewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde in de gelegenheid te stellen (partieel) in praktijken te laten functioneren. Vanuit dit uitgangspunt werd als snel gekozen voor de ruil van prestatie tegen prestatie.

Prestatie tegen geld wordt slechts in twee praktijken exclusief toegepast. Voor het overige worden de prestaties van de geacademiseerde huisartsen via mengvormen van bovengenoemde beloningsmethodieken vergoed.

**Figuur 3.4 Beloningsmethodieken HAM per praktijk**

<b>Beloningsmethodiek</b>	<b>n=30</b>	<b>Percentage</b>
Prestatie tegen salaris	8	27
Prestatie tegen prestatie	2	7
Prestatie tegen geld	2	7
Combinatie prestatie tegen salaris en outputfinanciering	12	40
Combinatie prestatie tegen prestatie en outputfinanciering	3	10
Combinatie prestatie tegen prestatie en geld	3	10

*De genoemde beloningsvormen worden in het volgende nader onder de loupe genomen.*

### 3.5.3.1 Prestatie tegen salaris

Vooraf is met de praktijken overeengekomen welke kwantitatieve inzet maximaal geleverd kan worden. Deze inzet wordt contractueel vastgelegd en krijgt een nadere, inhoudelijke invulling in de jaarlijks vast te stellen werkplannen. Vergoeding van de bijdragen van de betreffende huisartsen geschiedt via een, in principe vaste, aanstelling van de huisarts(en) bij de Rijksuniversiteit Limburg. Het grote voordeel van een dergelijke constructie is het gegeven dat de huisarts op deze manier officieel deel uitmaakt van de facultaire en universitaire gemeenschap en een zekere rechtspositie wordt gecreëerd. Met deze rechtspositie wordt niet alleen een gegarandeerd inkomen bedoeld, maar ook zaken als pensioenopbouw, ziekte-kostenverzekering en overige secundaire arbeidsvoorwaarden. Ook de mogelijkheid tot actieve dan wel passieve (stemrecht) deelname aan de universitaire en facultaire bestuursorganen en daarmee de beïnvloeding van het beleid wordt door een aanstelling gecreëerd.

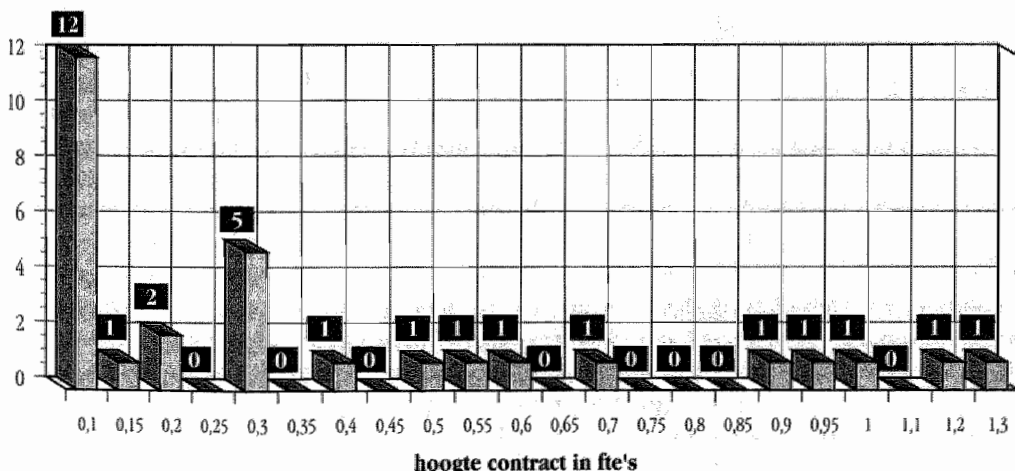
Problematisch blijft het inkomensverschil tussen de gezondheidszorg (al dan niet in dienstverband) en de ambtelijke salarissen van de Rijksuniversiteit Limburg. Het nettosalaris bij, in het algemeen, kleinere aanstellingen (van 0.1 tot 0.3 Fte), blijkt vaak een teleurstellende ervaring voor de netwerk-huisarts.

Voor de universiteit kan deze financieringssysteem nadelig zijn omdat sanctiëring van achterblijvende prestaties ingewikkeld is bij een vaste rechtspositie. In de contracten dient dan ook opgenomen te worden op welke wijze de output beoordeeld kan worden en welke maatregelen genomen kunnen worden bij een structureel achterblijvende prestatie. Dit moet kunnen leiden tot beëindiging van het academiseringscontract inclusief de aanstelling bij de universiteit.

De hoogte van de aanstellingen varieert in hoge mate.

Figuur 3.5. illustreert de verschillen in aanstellingen per praktijk per 1 januari 1994, terwijl figuur 3.6 de verdeling van de aanstellingsfactoren van de individuele huisartsen presenteert.

**Figuur 3.5 Overzicht verdeling aanstellingsfactoren per praktijk van het HAM.**

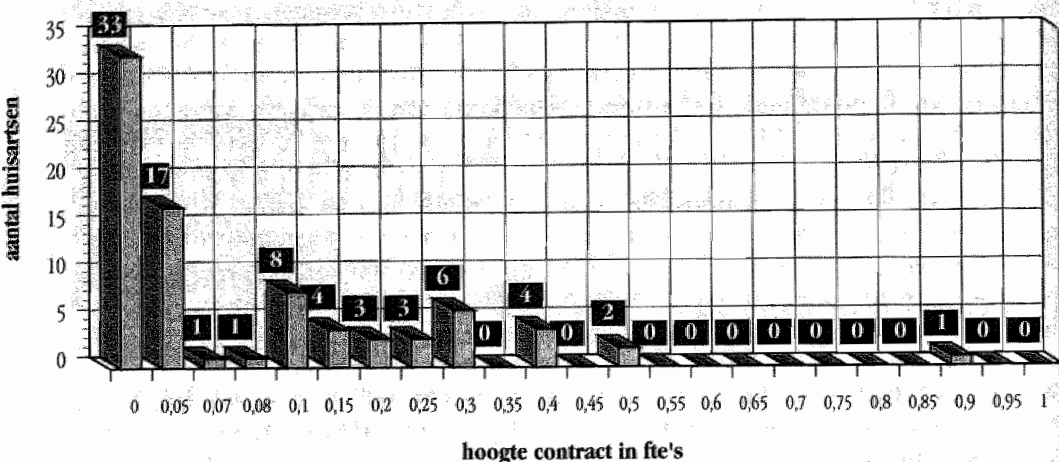


HAM = Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht

Fte = Full-time equivalent



**Figuur 3.6** Overzicht aanstellingsfactoren per individuele huisarts van het HAM



HAM = Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht

Fte = Full-time equivalent

### 3.5.3.2 Prestatie tegen prestatie

Uitgangspunt van deze financieringssystematiek was de veronderstelling dat de aan het netwerk participerende huisartspraktijken reeds een volledige patiëntenzorgtaak vervullen. Elke extra taak, zeker als die omvangrijk van aard zou zijn, is dan in principe onmogelijk. Vandaar de constructie dat de gevestigde huisarts aan het universitaire onderwijs en onderzoek participeert en in ruil voor deze bijdrage de beschikking krijgt over een huisarts-medewerker van de universiteit, die een deel van de patiëntenzorg voor zijn rekening neemt. Deze constructie kent voordelen voor beide partijen. In sommige praktijken is een huisarts op kosten van de universiteit aan de praktijk toegevoegd. De zittende huisarts en de toegevoegde arts (de "RL-arts") verdelen de taken op het gebied van de patiëntenzorg en de academische taken.

Vaak zijn de RL-artsen voltijds in dienst bij de universiteit. Alhoewel deze RL-arts zijn salaris van de universiteit ontvangt resorteert deze beloningsmethodiek niet onder "prestatie tegen salaris", maar onder "prestatie tegen prestatie". De variant van een voltijds "RL-arts" is één van de mogelijkheden, maar uiteraard kunnen ook medewerkers voor 0.2 tot 0.5 Fte aan de geacademiseerde praktijk worden toegevoegd. De gevestigde huisarts krijgt hierdoor de gelegenheid naast de gezondheidszorgtaak deel te nemen aan onderwijs- en onderzoektaken, vaak leidend tot verdere verdieping van het eigen vak. Gebleken is dat deze verdieping niet zelden leidt tot het ontwikkelen en uitvoeren van een "eigen" onderzoeksvraagstelling, eindigend in een proefschrift. Voor de universitaire vakgroep gelden twee voordelen; enerzijds uiteraard de mogelijkheid om ervaren huisartsen deel te laten nemen aan het netwerk, maar anderzijds ook de gelegenheid voor vakgroepmedewerkers (zonder eigen praktijk) om actief te participeren in de gezondheidszorg. Het financieringsmodel "prestatie tegen prestatie" blijkt goed te werken en heeft in principe weinig nadelen. Problematisch blijft echter

het gegeven dat ziektekostenverzekeraars vraagtekens zetten bij deze constructie. Zij zijn bezorgd dat er gezondheidszorgformatie aan de bestaande formatie wordt toegevoegd. De onttrekking van formatie aan de zorg, doordat de gevestigde huisarts universitaire diensten levert, komt echter overeen met de door de huisarts-medewerker te leveren zorgomvang. Wel kan er sprake zijn van een probleem op het gebied van de "continuïteit van zorg". Diverse huisartsen leveren zorg aan dezelfde populatie, hetgeen op het gebied van overdracht van zorg en onderlinge communicatie hogere eisen stelt. Voorts leert de ervaring dat het geruime tijd duurt alvorens de toegevoegde huisarts-medewerker het vertrouwen van een substantiële groep patiënten gewonnen heeft. Deze overwegingen spelen echter ook bij de introductie van een nieuwe huisarts in de praktijk en betreffen dus niet speciaal de samenwerking met een universiteit.

### 3.5.3.3 Prestatie tegen geld

Op papier is er veel te zeggen voor deze financieringssystematiek. Toch blijken er nadelen te zijn.

Allereerst is er geen sprake van onkostenvergoeding, zodat in economische zin fiscale belastbaarheid aan de orde is. Dit geldt uiteraard ook bij het eerder beschreven model "prestatie tegen salaris", maar tegenover het fiscale nadeel staat in dat model het voordeel van rechtszekerheid, pensioenopbouw en andere secundaire voorwaarden. In het model "prestatie tegen geld" zijn deze voordelen niet aanwezig.

Van groter belang is het nadeel dat bij deze beloningsmethodiek de academische huisartsen geen directe mogelijkheid hebben beleidsmatig invloed uit te oefenen op de gang van zaken aan de universiteit, aangezien actief en passief stemrecht afwezig zijn. Dat is dan ook de reden waarom dit model slechts incidenteel en bij een zeer geringe bijdrage van de huisarts(praktijk) aan het netwerk, wordt toegepast.

### 3.5.3.4 Outputfinanciering RNH

Reeds langere tijd wordt geprobeerd een systeem van output-financiering in het HAM te introduceren, teneinde een meer rechtstreekse relatie tussen prestatie en beloning aan te brengen. Vanaf 1 januari 1994 wordt dit type financiering gedeeltelijk toegepast voor de taken op het gebied van het Registratienet Huisartspraktijken (RNH)<sup>16,29,32</sup>. Het RNH heeft tot doel een steekproefkader voor wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek op te bouwen. Daartoe is een groot aantal geacademiseerde huisartsen bereid gevonden op systematische en geautomatiseerde wijze een beperkte set van patiëntgegevens (inclusief probleemlijsten) te registreren en actueel te houden.

De huisartsen krijgen daarvoor een zogenaamde basisaanstelling van 0.05 Fte per registrerende huisarts, maar voor het overige wordt hun inspanning per jaar achteraf vergoed. Op basis van het aantal correct geïncludeerde patiëntgegevens wordt, aan de hand van het beschikbare budget, een tarief per patiënt berekend. Elke registrerende huisarts krijgt vervolgens tegen dit tarief voor de geleverde gegevens betaald.

Deze output-financiering wordt momenteel alleen voor de registratietaak toegepast.

### 3.5.3.5 Vergoeding van de exploitatiekosten

Naast het honoreringsbestanddeel moeten uiteraard de exploitatiekosten als gevolg van de participatie aan onderwijs, onderzoek en registratie betaald worden. Door deelname aan het netwerk worden namelijk in de huisartspraktijk extra kosten gemaakt. Gedacht moet worden aan:

- huisvestingskosten (energie en water, onderhoud, schoonmaakkosten);
- bureau en huishoudelijke kosten (kantoormiddelen, drukwerk, telefoonkosten, porti, huishoudelijke uitgaven);
- extra personeelsinzet ten behoeve van secretariael/administratieve ondersteuning;
- reis- en verblijfkosten.

In het HAM worden deze kosten op basis van een lumpsum-financiering aan de deelnemende praktijken vergoed. Per full-time equivalent (1.0 Fte) samenwerking werd jaarlijks een bedrag van Fl. 20.000.= uitgekeerd als onkostenvergoeding.

Vanaf 1 januari 1993 is dit bedrag verhoogd naar Fl. 22.000.=.

Voor een jaarlijkse indexering van deze vergoeding is nog niet gekozen.

### 3.5.4 Totaal jaarlijkse kosten HAM

Samenvattend kan gezegd worden dat in het beschreven netwerk van 30 huisartspraktijken jaarlijks de volgende kosten worden gegenereerd:

---

#### **Salariscomponent** (prestatie tegen salaris)

Per jaar 6.95 Fte \* gemiddeld salarisniveau (Fl. 100.000.=) = **Fl. 695.000.=**

---

#### **Salariscomponent** (prestatie tegen prestatie)

Per jaar 3.1 Fte \* gemiddeld salarisniveau (Fl. 100.000.=) = **Fl. 310.000.=**

---

#### **Vergoeding in geld** (prestatie tegen geld)

**Fl. 60.000.=**

---

#### **Outputfinanciering Registratie**

Per jaar 1.70 Fte **Fl. 170.000.=**

---

#### **Onkostencomponent**

Per jaar 9.6 Fte \* lump-sum vergoeding (Fl. 22.000.=) **Fl. 211.200.=**

---

#### **Totale jaarlijkse kosten:**

**Fl. 1.446.200.=**

---

## 3.6 Contracten en werkplannen

### 3.6.1 Inleiding

Het HAM heeft vanaf de oorsprong gekozen voor een overeenkomst met de deelnemende huisartsen, enerzijds met behulp van een academiseringscontract, anderzijds met jaarlijks op te maken inhoudelijke werkplannen.

Het contract beschrijft de samenwerking op hoofdlijnen en gaat niet gedetailleerd in op de inhoudelijke taakstelling. Daartoe wordt verwezen naar de inhoudelijke jaarwerkplannen.

### 3.6.2 Contracten

Alhoewel de contracten met de huisartspraktijken van het HAM op details van elkaar verschillen zijn er drie hoofdvormen te onderscheiden. Allereerst bestaat er een contract voor een samenwerking, waarbij vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde een (voltijds) huisarts naar de betreffende huisarts wordt gedetacheerd. In het HAM wordt dat, zoals eerder vermeld, een zogenaamde RL-arts genoemd. Deze RL-arts neemt actief deel aan de gezondheidszorg-activiteiten in de praktijk en heeft eveneens een belangrijke rol op het gebied van onderwijs, onderzoek en registratie.

De tweede contract-vorm is met name toegepast bij de praktijken in de eerste fase, waarbij de deelname aan het HAM van grotere omvang was ( $> 0.4$  Fte).

De derde contractvorm tenslotte is gebruikt bij samenwerkingsvormen van geringere omvang.

Alle contracten beschrijven de volgende onderwerpen:

- **begripsbepaling:**  
een uitleg van de, in het kader van academisering, belangrijke begrippen
- **openstelling praktijk:**  
de praktijk wordt opengesteld voor activiteiten op het gebied van onderwijs, onderzoek, registratie en gezondheidszorgontwikkeling.
- er is een jaarlijkse verplichting een **werkplan** op te maken.
- **vergoedingsregeling** inzake exploitatiekosten en eventueel investeringen in bouw
- wat te doen bij een **vertrek** van één van de gevestigde huisartsen uit de huisartspraktijk
- eventueel kan een regeling opgenomen worden waarin beschreven staat wat er dient te gebeuren bij **ziekte of overlijden** van de huisarts
- in de contracten is expliciet opgenomen dat er jaarlijks een **evaluatie** door de huisartspraktijk wordt ingediend
- indien de huisartsen volledig in dienst komen van de universiteit en de tijd die besteed wordt aan daadwerkelijke patiëntenzorg terugfinancieren, wordt een **financieringsregeling gezondheidszorgtaken** opgenomen
- **geschillenregeling**
- **looptijd van het contract**

De gebruikte drie contractvormen zijn in appendix B volledig beschreven.

### 3.6.3 Werkplannen

De werkplannen geven een gedetailleerde, inhoudelijke beschrijving van de participatie van de praktijk aan het netwerk.

De voorbereiding van de werkplannen geschiedt door de portefeuillehouder academisering en de beheerder, namens het bestuur van de vakgroep huisartsgeneeskunde. In toenemende mate wordt in dit verband een bijdrage verwacht van het Dagelijks Bestuur Academisering.

Alle aan het netwerk participerende huisartspraktijken worden jaarlijks in november/december gevisiteerd ten einde het werkplan voor het daarop volgende jaar te kunnen vaststellen.

Uiteraard gelden bij de vaststelling van de werkplannen een aantal randvoorwaarden:

1

Met het bestuur van de faculteit der geneeskunde is overeengekomen dat 3.0 Fte ingezet moet worden ten behoeve van het onderwijs in het basiscurriculum. In principe dient het HAM garant te staan voor de opleiding van:

- 22 studenten PMOH (Praktisch Medisch Onderwijs in de huisartspraktijk ofwel het 5e jaars co-schap huisartsgeneeskunde)<sup>30</sup>
- 60 studenten ten behoeve van het Adoptieprogramma<sup>31</sup>, waarbij studenten in de studiejaren 2, 3 en 4 door een huisarts "geadopteerd" worden om daar, gekoppeld aan het thematische blokonderwijs, bepaalde activiteiten te verrichten.
- 70 studenten voor het eerste-jaars programma Oriëntatie Eerste Lijn (OEL), een kennismakingsstage in de huisartsgeneeskunde voor 1e-jaarsstudenten.

2

De overige formatie (6.6 Fte) is in principe beschikbaar voor onderzoek en registratie-activiteiten.

3

De HAM-praktijken gefinancierd uit de Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken mogen uitsluitend ingezet worden in het kader van de huisartsopleiding en binnen de, in de ministeriële regeling geformuleerde, randvoorwaarden.

De in het werkplan opgenomen activiteiten mogen qua omvang de contractueel vastgelegde inzet uiteraard niet overstijgen.

De afgesloten werkplannen worden ter informatie aan het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde voorgelegd.

Ter illustratie wordt in Appendix C een beschrijving van een werkplan gegeven.

### 3.7 Aansturing van processen in het HAM

In deze paragraaf wordt, vooruitlopend op de bedrijfsorganisatorische onderbouwing in hoofdstuk 5, inzicht verschaft in de wijze waarop de gewenste eindresultaten modelmatig worden gestuurd.

Het HAM moet gezien worden als een netwerk, gebaseerd op interorganisationale samenwerking tussen de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg enerzijds en een aantal huisartsen uit de regio Limburg / Z.O.Brabant anderzijds. Beide partijen in het netwerk hebben eigen doelstellingen, die slechts gedeeltelijk op elkaar aansluiten. De huisarts heeft als primaire doelstelling het leveren van adequate patiëntenzorg, terwijl de universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde het geven van onderwijs en het verrichten van onderzoek nastreeft. Door wederzijdse beïnvloeding bijvoorbeeld in het kader van een netwerk kunnen beide partijen met behulp van elkaar de geformuleerde eigen doelstellingen beter realiseren.

Als algemene doelstellingen van het netwerk kunnen worden geformuleerd:

- Uitvoering en verdere ontwikkeling van het universitair onderwijs aan de Faculteit der Geneeskunde in het algemeen en van het praktisch medisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde in het bijzonder;
- Uitvoering en verdere ontwikkeling van de opleiding tot huisarts;
- Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek (op het gebied van technology assessment/interventie-onderzoek, kwaliteitsbewaking, onderzoek van onderwijs, veroudering/thuiszorg, voeding en health promotion (preventie en gvo));
- Verbetering van patiëntenzorg enerzijds door de (in)directe beïnvloeding vanuit het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek, en anderzijds door de ontwikkeling van innoverende zorgprojecten;
- Beschikbaarheid van een werkplaats voor huisarts-docenten en huisarts-onderzoekers ten einde de ervaring met de huisartsgeneeskundige zorg bij te houden en aan te scherpen.

De verantwoordelijk hoogleraar en de beheerder van de vakgroep Huisartsgeneeskunde, daartoe gemandateerd door het bestuur van de vakgroep, en de uitvoerenden (de geacademiseerde huisartsen in het netwerk) formuleren gezamenlijk de in een bepaalde planperiode te bereiken relevante eindtoestand van een aantal bedrijfsprocessen. Steeds meer neemt het Dagelijks Bestuur Academisering, waarin de geacademiseerde huisartsen vertegenwoordigd zijn, de rol van de hoogleraar/beheerder over hetgeen een wenselijke ontwikkeling wordt geacht.

In het overleg tussen vakgroep en academische praktijk worden de wederzijdse verantwoordelijkheidsterreinen afgebakend, enerzijds in termen van beschikbaar te stellen middelen en informatie, anderzijds in termen van beoogde resultaten (management by objectives).

Met de uitvoerenden worden echter niet alleen de doelen en het middelenkader voor de betreffende planperiode vastgelegd, maar wordt ook geprobeerd een aantal (kwantitatieve) "regelgrenzen" vast te stellen.

Formulering van de afspraken omtrent informatie en middelen (input) en de beoogde resultaten en regelgrenzen (output) vindt in het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht plaats door middel van twee documenten. Enerzijds is met de geacademiseerde huisartsen een academiseringscontract gesloten. In dit contract wordt voor de inhoudelijke zaken verwezen naar een nader op te maken werkplan. Het werkplan wordt per praktijk jaarlijks vastgesteld op basis van een overleg tussen (een delegatie van) het dagelijks bestuur academisering en (een delegatie van) de geacademiseerde praktijk.

Het contract en het werkplan voorzien de uitvoerenden van de noodzakelijke informatie over het middelenkader en de na te streven doelen.

Vervolgens vindt de uitvoering van de activiteiten plaats. Deze uitvoering geschiedt tijdens de planperiode (van 1 jaar) vrij zelfstandig; voortgangscntrole en eventuele bijsturing geschieden primair door de uitvoerenden (de professionals) zelf. Uiteraard is er per deelactiviteit regelmatig bilateraal overleg. Voor de onderwijsactiviteiten tussen de verantwoordelijke coördinatoren van de vakgroep en de huisarts, voor onderzoek tussen de projectverantwoordelijke hoofdonderzoeker en de geacademiseerde praktijk en voor de registratie-activiteiten van het RNH (Registratienetwerk Huisartspraktijken)<sup>16,29,32</sup> tussen de coördinator van het RNH en de praktijk(en).

Aan het einde van de planperiode worden de resultaten en het totale proces door de beide partijen gezamenlijk geëvalueerd en getoetst aan de geformuleerde werkplannen. Deze evaluatie en toetsing leiden vervolgens tot een hernieuwd overleg tussen de coördinerend leider (hoogleraar academisering en beheerder, namens het bestuur) en de uitvoerenden. Dit overleg moet leiden tot de formulering van het werkplan voor de volgende planperiode.

Over de vaststelling van de beoogde resultaten en de beschrijving van de (kwantitatieve) regelgrenzen het volgende: Het blijkt op sommige punten ingewikkeld te komen tot een werkbaar formulering van de resultaten en regelgrenzen. Ten aanzien van onderwijsactiviteiten kunnen de afspraken vrij goed gemaakt worden; het gaat doorgaans over aantallen op te leiden studenten, of het leveren van materiaal (toetsvragen of casuïstiek) ten behoeve van het onderwijs in het basiscurriculum of de huisartsopleiding. Ook bij de registratie-activiteiten ten behoeve van de opbouw van een geanonimiseerd steekproefkader van huisartsgeneeskundige gezondheidsproblemen blijkt de vaststelling van output relatief eenvoudig. De uitvoerder weet precies welke patiënt-variabelen moeten worden geregistreerd en binnen welk tijdsbestek. Richtgetallen ten aanzien van de beoogde output per planperiode worden met de praktijken systematisch besproken.

Voor de participatie aan onderzoek is de definitie van resultaat en regelgrens vaak moeilijker. Als het gaat om het includeren van specifieke patiënten-categorieën in het onderzoeksproject kunnen de regelgrenzen nog vastgesteld worden, maar indien de onderzoeks-taakstelling van de uitvoerende een andere is, wordt de definitie van het resultaat moeilijker.

Om een voorbeeld te geven:

Als de geacademiseerde huisarts belast is met de formulering van een nieuw onderzoeksproject of de nadere uitwerking van een hypothese, kan alleen worden vastgesteld binnen welk tijdsbestek de huisarts deze activiteit moet afronden. Nadere regelgrenzen zijn nauwelijks te geven.

Eenzelfde moeilijkheid bestaat bij de inschakeling van de geacademiseerde huisartsen bij de ontwikkeling van onderwijs-experimenten (nieuwe keuze-onderwijs programma's, onderwijsprogramma's voor de huisartsopleiding en dergelijke).

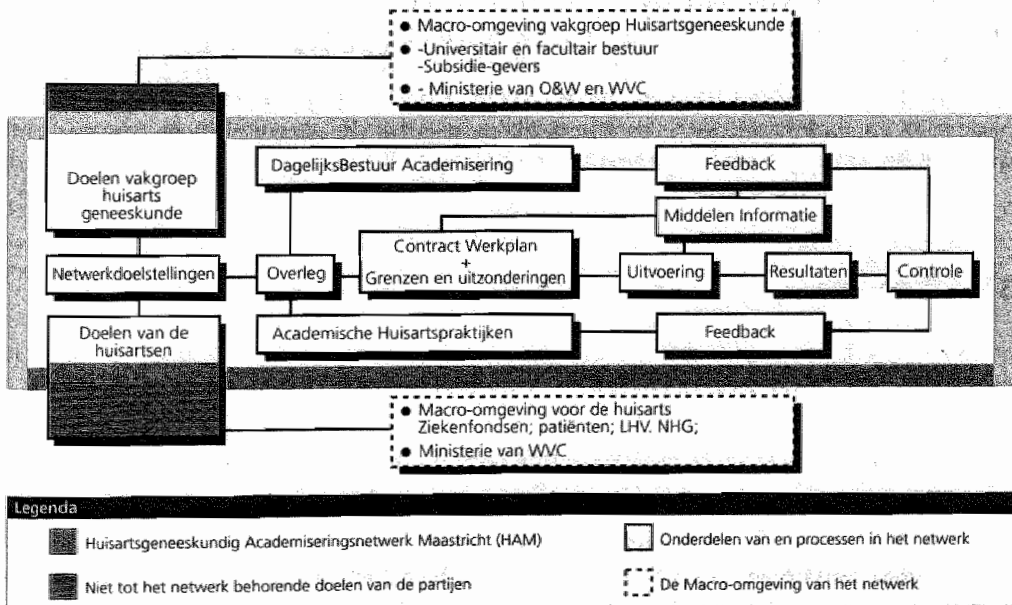
Aan een aantal voorwaarden voor optimale aansturing van de gewenste output wordt voldaan:

- overeenstemming tussen de leiding en de uitvoerders over de doelstellingen wordt bereikt via de jaarlijkse formulering van het inhoudelijke werkplan;
- aanwezigheid van een "overeenkomst" inzake de uitvoering van de taken voordat de uitvoering gaat plaatsvinden, is gerealiseerd via de academiseringscontracten;

- toetsing aan het einde van elke planperiode van het resultaat in relatie tot de gedefinieerde doelen vindt structureel jaarlijks plaats;
- aan de hand van deze toetsing, wordt een nieuw (eventueel bijgesteld) werkplan voor de nieuwe planperiode geformuleerd en vastgesteld;
- de voortgangscontrole op de uitvoering en de bijsturing van de uitvoering worden tijdens de planperiode primair door de uitvoerenden zelf verzorgd, waarbij slechts bilateraal overleg plaatsvindt tussen docent/onderzoeker enerzijds en de geacademiseerde huisarts anderzijds.

Het totale netwerk wordt uiteraard beïnvloed door processen van buitenaf, de zogenaamde macro-omgeving. Deze macro-omgeving bestaat uit diverse instellingen, instanties zoals de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) en Welzijn, Volksgezondheid en Sport (WVS), de ziektenkostenverzekeraars, de universitaire en facultaire besturen, de Landelijke Huisartsvereniging (LHV) en de Districts Huisartsvereniging (DHV), het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), subsidiegevers en uiteraard ook de patiënten. Veranderingen vanuit de macro-omgeving kunnen effect hebben op het academiseringsnetwerk. Om hierop te anticiperen wordt vanuit het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) periodiek een structureel overleg gevoerd met sommige instanties uit deze macro-omgeving. Daartoe behoort een gesprek met het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde, waarin de voortgang van de academisering besproken wordt, uiteraard in relatie tot de door de faculteit beschikbaar gestelde middelen. Ook is er een structureel overleg met de DHV. Met de overige partijen in de macro-omgeving is er vanuit het netwerk geen structurele overlegsituatie gecreëerd. Wel zijn er op basis van concrete plannen en voorstellen bilaterale contacten. Een overzicht van de beoogde sturingsprocessen in het HAM wordt in schema 3.7 gegeven.

**Figuur 3.7 Beoogd sturingsmodel academisering huisartsgeneeskunde (HAM)**





### 3.8 Evaluatie

Het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht, bestaande uit 30 huisartssettings met hierin 83 werkzame huisartsen werd in dit hoofdstuk beschreven. De wijze waarop de samenwerking tussen de universiteit en deze huisartsen tot stand kwam komt daarbij aan de orde, evenals contractuele en financiële aspecten. Het geïntroduceerde systeem van langdurige contracten en jaar-werkplannen blijkt goed te functioneren. Sturing door beide partijen wordt hierdoor gefaciliteerd.

Hoofdstuk 4 introduceert een model voor de werving van zogenaamde affiliatie-praktijken. Toepassing van een dergelijk model, gecombineerd met voldoende aandacht voor de oordelen van huisartsen over hun deelname aan wetenschappelijk onderzoek, zal kunnen leiden tot een professionelere benadering van het huisartsgeneeskundig veld. De betrokkenheid van de huisartsen zal er door toenemen, hetgeen de kwaliteit van de onderzoeksresultaten in positieve zin kan beïnvloeden.

De verwachting bestaat dat de verschillende modellen en de concrete uitwerking goed toepasbaar zijn, ook in andere universitaire regio's. Het ontwikkelen van academisering in de huisartsgeneeskunde volgens de netwerk-concepten wordt reeds langere tijd gezien als het meest in aanmerking komende model. Dit blijkt onder andere uit de diverse rapportages van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG)<sup>24-28</sup>. Bedoeling van de BAEG is de academisering van de huisartsgeneeskunde in Nederland als geheel aandacht te geven en te laten plaatsvinden volgens vergelijkbare concepten. Om zicht te krijgen op de bestaande mogelijkheden en knelpunten is een nationale enquête gehouden. Hoofdstuk 6 beschrijft de belangrijkste uitkomsten van deze enquête.

Een vergelijkbare studie is uitgevoerd om het proces, de inhoud en de uitkomst van het HAM van de Rijksuniversiteit Limburg te beschrijven. De resultaten van deze studie worden in hoofdstuk 7 beschreven. De hoofdstukken 3, 5, 6 en 7 kunnen dan ook gezien worden als de hoofdstukken die het meest direct samenhangen met de academiseringsconcepten en -processen. De hoofdstukken 4, 8 en 9 gaan dieper in op de samenwerking tussen universiteiten en huisartsen in de vorm van affiliatie. Hoofdstuk 8 geeft inzicht in het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek, terwijl hoofdstuk 9 dieper ingaat op de planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in huisartspraktijken, waarbij de centrale vraag beantwoord wordt of huisartsen vooraf opgegeven voorkeuren volgen.

### 3.9 Literatuur

1

Basisfilosofie van de Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1972

2

Nota Academisering in de Eerstelijns. Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1982

3

Rapport van de Commissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983

- 4  
Beusmans GHMI et al. Medische Faculteit Maastricht en eerste lijn: standpuntbepaling bestuur PHV Maastricht. Med Contact 1981; 15: 437-441
- 5  
 Integraal plan voor universitaire participatie in de regionale gezondheidszorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982
- 6  
Crebolder HFJM, Kocken RJJ. Academisering van huisartspraktijken. The Practitioner (Ned.uitgave) 1989; 15: 1130-2
- 7  
Crebolder HFJM. Te leer in de eerste lijn; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1987
- 8  
Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter: een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Groningen: Faculteit Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1988
- 9  
Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie: Theorie en toepassing. H.E. Stenfert Kroese BV. Leiden/Antwerpen, 1985
- 10  
Wassenberg A. Netwerken: organisatie en strategie. Boom Meppel. Amsterdam, 1980
- 11  
Schieman CJ. Beheersing van bedrijfsprocessen. H.E. Stenfert Kroese. Leiden, 1975
- 12  
Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie: Theorie en toepassing. H.E. Stenfert Kroese BV. Leiden/Antwerpen, 1985
- 13  
Botter CH. Industrie en organisatie; een verkenningstocht. Kluwer/NIVE, 1970
- 14  
Douma S, Schreuder H. Economic approaches to organizations. Prentice Hall International Ltd. United Kingdom, 1992
- 15  
Scapens RW. Management Accounting: A review of recent developments. McMillan Education Ltd. United Kingdom, 1987
- 16  
Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJJ, Limonard CBG. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. Brit J Gen Pract 1992; 42: 102-6
- 17  
Murphy E, Spiegel N, Kinmonth AL. "Will you help me with my research?" Gaining access to primary care settings and subjects. Br Jour of General practice 1992; 42: 162-5
- 18  
Silagy CA, Carson NE. Factors inflecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. Fam Pract 1989; 6: 173-6

- 19  
Borgiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. *Fam Pract* 1989; 6: 168-72
- 20  
Herbert CP. Why family practice research? *Canadian Family Physician* 1991; 37: 335-8
- 21  
Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 1). *Canadian Family Physician* 1991; 37: 596-601
- 22  
Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 2). *Canadian Family Physician* 1991; 37: 850-4
- 23  
Booth C. Research and the general practitioner. *Br Med.J* 1987; 295: 1614-9
- 24  
Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990
- 25  
Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Academisering in een netwerk. Verslag van een vragenlijstonderzoek. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990
- 26  
Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Academisering in zicht. Visies op de doelstellingen voor een netwerk. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990
- 27  
Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de huisartspraktijk. Eindrapport van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990
- 28  
Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisartsgeneeskunde. BAEG 150, 1991
- 29  
'Registratienet Huisartspraktijken; gezondheidsproblemen en diagnoses in de huisartspraktijk' (Rijksuniversiteit Limburg, jaargang 5, nummer 1, maart 1993)
- 30  
Martens FMJG, Op't Root JMH. Practical Medical Education in General Practice. *Med Education* 1992; 26: 213-7
- 31  
Metsemakers JFM, Crebolder HFJM et al. Het adoptiemodel als een vorm van praktisch medisch onderwijs. *Gezond Onderwijs I*. Bohn, Stafleu van Loghum, Houten/Zeventen 1992
- 32  
Metsemakers JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994

33

Groot TLM. Management van universiteiten; een onderzoek naar de mogelijkheden voor doelmatig en doeltreffend universitair bestuur. Wolters Noordhoff. Groningen, 1988

34

Huygen FJA, Jenkins CD, Kok FJ, Pedersen PA. Report of the evaluation committee on the innovation fund for extramural activities of the Faculty of Medicine / University Limburg. Maastricht, 1990

35

Knottnerus JA. Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1988

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $f(x)$  defined by the equation

$$f(x) = \int_0^x f(t) dt$$

It is shown that the function  $f(x)$  is continuous and differentiable on the interval  $[0, 1]$ . The derivative of the function is equal to  $f(x)$  itself. This means that the function satisfies the differential equation  $f'(x) = f(x)$ . The general solution of this equation is  $f(x) = Ce^{x}$ , where  $C$  is an arbitrary constant. Since  $f(0) = 0$ , we have  $C = 0$ . Therefore, the function  $f(x)$  is identically zero on the interval  $[0, 1]$ .

## HOOFDSTUK 4

# MODELBSCHRIJVING VOOR DE BENADERING VAN EN DE SAMEN- WERKING MET AFFILIATIE-PRAKTIJKEN

### 4.1 Inleiding

In het kader van de behoefte aan samenwerking tussen universiteit en huisartsgeneeskundig veld is het nuttig en nodig planmatig en systematisch te werken aan de ontwikkeling en het onderhoud van samenwerkingsrelaties met praktizerende huisartsen ter ondersteuning van het huisartsgeneeskundig onderwijs- en onderzoeksprogramma. De aanpak en ervaring aan de Rijksuniversiteit Limburg kan van betekenis zijn voor andere instellingen. Aan deze instelling bestaat behoefte aan participatie van meer huisartsen, dan beschikbaar via het academiseringsnetwerk en het is te verwachten dat dit een algemeen verschijnsel zal zijn. Er is een grote behoefte aan inbreng van huisartsen die doorgaans aan één of slechts enkele projecten en voor de duur van het specifieke project (meestal minder dan 3 jaar) participeren. In het hier gepresenteerde model worden dit de zogenaamde "**affiliatie-praktijken**" genoemd.

Regelmatig moet er door de projectleiding geworven worden onder de huisartsen, meestal in de universitaire regio Limburg en Zuid-Oost Brabant.

Voor de onderwijsprojecten in het basiscurriculum van de geneeskundige faculteit geschiedt de werving in de regel jaarlijks, terwijl voor de huisartsopleiding regelmatig en voor elk onderzoeksproject apart huisartsen worden benaderd.

De gekozen wervingsstrategie is wisselend, al heeft de komst van een centraal coördinatiepunt in de vorm van het zogenaamde Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL) van de Rijksuniversiteit Limburg gezorgd voor nadere structurering van deze strategie. Vanwege het lokale karakter van het CEL is besloten een uitvoerige beschrijving van dit centrale coördinatiepunt niet in dit hoofdstuk op te nemen. We kunnen ons echter voorstellen dat juist het onderwerp van de coördinatie van onderwijs en onderzoek met huisartsen bij andere universiteiten in de belangstelling staat. Derhalve is in Appendix D een beschrijving van de opzet, werkwijze en de verantwoording van het CEL opgenomen.

Het in dit hoofdstuk gepresenteerde model voor de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken is tot stand gekomen op basis van de ervaringen van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg alsmede aan de hand van de bestudeerde en in hoofdstuk 2 beschreven literatuur. <sup>1 t/m 8</sup>

## 4.2 Werving van affiliatie-praktijken voor onderwijs en onderzoek; een gefaseerd model

De in hoofdstuk 2 beschreven literatuur<sup>1-8</sup> geeft aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een model voor de werving van de zogenaamde affiliatie-praktijken. Het hier gepresenteerde model wordt gerelateerd aan deze literatuur en is in de loop van de tijd aangepast naar aanleiding van de eigen ervaringen.

In het model worden vijf fasen onderscheiden:

- 1 Voorbereiding
- 2 Acceptatie
- 3 Werving
- 4 Uitvoering
- 5 Nazorg

### 4.2.1 De voorbereidingsfase

De eerste fase betreft de **voorbereiding van een onderwijs- of onderzoekproject**. Naast het genereren en ontwikkelen van de onderzoeksvraag of de doelstelling van het onderwijsproject en het bestuderen van de literatuur moet er uitgebreide aandacht worden besteed aan het "design" van het project. Reeds in deze fase moeten de aspecten uitvoerbaarheid, tijdsinvestering en financiering van de bijdrage van de geaffilieerde huisartsen uitvoerig aandacht krijgen. Dat kan door een praktizerende huisarts vroegtijdig te betrekken bij de beschrijving van het definitieve projectvoorstel. In de voorgestelde begroting moeten vergoedingen voor de deelnemende huisartsen en doktersassistenten worden opgenomen. Alhoewel het vaak ingewikkeld is de noodzakelijke inspanningen van de huisartsen en de assistenten te kwantificeren, is deze exercitie van groot belang voor de uiteindelijke uitvoering van het project. Een eerste inventarisatie van de mogelijke belangstelling bij huisartsen en de beschikbaarheid van voldoende tijd kan worden uitgevoerd. Aangezien het nog lang niet zeker is dat het project daadwerkelijk uitgevoerd zal gaan worden mogen geen valse verwachtingen gewekt worden en vooral geen toezeggingen worden gedaan.

### 4.2.2 De acceptatiefase

Tijdens deze fase wordt aandacht besteed aan de acceptatie van het projectvoorstel op diverse punten.

#### *De inhoudelijke acceptatie*

Universitaire projecten moeten een voldoende inhoudelijk draagvlak krijgen, alvorens ten uitvoering te kunnen worden gebracht. Na de voorbereiding door de projectgroep kan verdere inhoudelijke verdieping gezocht worden door discussies in de verantwoordelijke vakgroep. Het is aan te bevelen, zeker bij beoogde grootschalige onderwijsprojecten, reeds in de acceptatiefase contact te zoeken met huisartsen-organisaties (districts huisartsverenigingen, huisartsgroepen in de betreffende regio's).

*De ethische acceptatie*

Vaak bevatten projecten op huisartsgeneeskundig terrein medisch-ethische aspecten, die beoordeeld dienen te worden door een medisch-ethische commissie.

*De financiële acceptatie*

Onafhankelijk van welke subsidiegever financiële ondersteuning wordt gevraagd, is het van groot belang de financiële consequenties van de uitvoering van het project goed in kaart te brengen en met de beoogde subsidiegever te bespreken. Bij de meeste onderwijsprojecten zal de onderwijsinstelling (de universiteit) zelf de financier zijn; hetgeen betekent dat het bestuur van de instelling overtuigd moet worden van de noodzaak van het project. In tijden van een afnemend middelenkader wordt het steeds ingewikkelder voor specifieke onderwijsprojecten adequate financiering te vinden. Voor onderzoekprojecten zijn de mogelijkheden ook beperkt, maar zijn er regelmatig externe geldbronnen aan te boren, zowel in termen van subsidie-onderzoek (de universiteit vraagt een projectfinanciering aan bij een subsidiegever) als contractonderzoek (een derde vraagt een concreet onderzoek bij de universiteit aan en is bereid dit te financieren).

**4.2.3 De wervingsfase**

In deze fase wordt aandacht besteed aan de werving van aan het project deelnemende derden. Dit kunnen huisartsen (doktersassistenten) en patiënten zijn, evenals experts, noodzakelijk voor de bezetting van project- en begeleidingsgroepen. Deze laatste categorie is meestal reeds in de voorbereidingsfase bij het project betrokken. Voor de bespreking van deze fase beperken wij ons tot de werving van de huisartsen en de patiënten.

Nog steeds vinden er grootschalige wervingsacties plaats zonder een overwogen strategie. Uit lokale ervaringen blijkt dat huisartsen behoefte hebben aan benadering door de universiteit vanuit één herkenbaar en erkend coördinatiepunt (dit kan de vakgroep huisartsgeneeskunde zijn of een apart ingesteld coördinatiepunt). Aan de Rijksuniversiteit Limburg is gekozen voor de ontwikkeling van een zogenaamd Coördinatiebureau Eerste Lijn (het CEL). Indien een faculteit coördinatie van alle activiteiten met huisartsen beoogt, lijkt het verstandig een dergelijk coördinatiepunt te organiseren op een centrale en onafhankelijke plaats in de organisatie van de faculteit. Ook andere extramurale en intramurale vakgroepen zullen gebruik willen (moeten) maken van de coördinatiefaciliteit en zullen dat sneller doen indien dit via een onafhankelijke interne instantie gebeurt.

Via één centraal coördinatiepunt kan de interesse van de huisartsen in de specifieke regio worden geïnventariseerd. In hoofdstuk 9 worden de resultaten van een onderzoek op dit gebied gepresenteerd. Dit onderzoek ondersteunt de gedachte dat planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek mogelijk is via een gestratificeerde benadering van het huisartsgeneeskundige veld. Stratificatie op basis van de voorkeuren van de huisartsen dient dan via een voormeting te geschieden.

Uitgaande van een centraal coördinatiepunt en de aanwezigheid van inzicht in de mate waarin en de wijze waarop huisartsen aan het onderwijs en onderzoek willen en kunnen deelnemen zijn de volgende strategische momenten van belang:



### **\* De rol van de "Stakeholders" en de "Local Champions"**

Zijn er "stakeholders" en "local champions"<sup>3,5,6</sup> die bij de werving van huisartsen invloed kunnen uitoefenen. Stakeholders zijn in dit verband personen of instanties die een bepaald belang kunnen hebben bij de uitvoering van het project. Indien stakeholders niet bij het project worden betrokken, kan een belangrijke belemmering ontstaan. Local champions daarentegen dienen bij het project betrokken te worden vanuit een meer positief denkbeeld. De local champion is iemand die in een specifieke regio of op het te onderzoeken huisartsgeneeskundige terrein aanzien heeft. Zowel de stakeholder als de local champion kunnen een essentiële rol spelen in de promotie van het project.

### **\* De centrale contactpersoon in de praktijk (de "gatekeepers")**

In de regel zal één van de huisartsen in de praktijk de "gatekeeper" zijn, van waaruit de onderzoeker de praktijkmedewerking kan realiseren. Met de ontwikkeling van grotere huisartsgeneeskundige eenheden (gezondheidscentra, groepspraktijken) en de introductie van de functie van directeur in vooral gezondheidscentra, is het vaak verstandig ook de directeur bij de eerste introductie van het project te betrekken. Voor benadering van grotere regio's kan in eerste instantie gekozen worden voor een introductie van het project in de huisarts(waarneem)groepen. In een dergelijke strategie zal vrij snel na de introductie van het project in de huisartsgroep verdere detaillering van de informatie over het project moeten plaatsvinden in een gesprek met de centrale personen in de praktijk zelf. Aandacht voor de rol van de doktersassistent is zeer belangrijk, aangezien de ervaring leert dat een grote betrokkenheid van de doktersassistent leidt tot een toename van de compliance.

### **\* De wijze waarop de werving moet plaatsvinden**

Na definiëring van de stakeholders, de local champions en de gatekeepers dient de projectleiding vast te stellen op welke wijze de gewenste informatie-overdracht naar de huisartsen zal moeten plaatsvinden. Afhankelijk van het aantal noodzakelijke huisartsparticipanten kan gekozen worden voor een brede benadering van de gehele regio (al dan niet via een nieuwsbrief van het centrale coördinatiepunt) of een meer gerichte, gestratificeerde benadering. De eerste benadering van de huisarts kan schriftelijk plaatsvinden, gevolgd door een informatieve bijeenkomst in de huisartsgroep of de individuele huisartspraktijk, of in de vorm van een algemene informatie-avond. Het kan, vooral bij kleinere projecten, echter ook de voorkeur verdienen de huisartsen direct persoonlijk te benaderen. Het via advertenties benaderen van patiëntengroepen kent grote nadelen. De onderzoeker dient zich te realiseren dat rechtstreekse benadering van patiënten de betrokkenheid van de zorgverlener kan verzwakken in plaats van verstevigen. Patiënten zijn in het algemeen bereid positief te reageren op advertenties voor participatie aan onderzoek, maar de onderzoeker moet erop bedacht zijn dat elke oproep via de media automatisch zal leiden tot extra vragen aan de huisarts. Het verdient dan ook de voorkeur de huisarts indien mogelijk a priori te betrekken bij het project en met medewerking van de verantwoordelijke huisarts de patiëntenpopulatie te benaderen. Dit verkleint bovendien de kans op de specifieke selectiebias die kan samenhangen met zelfselectie via de media.

De persoonlijke benadering heeft een meerwaarde boven de uitsluitend telefonische of schriftelijke. In elke wervingsstrategie zou daarom plaats moeten zijn voor op zijn minst één persoonlijk contact met de huisarts (en doktersassistent).

### \* De adequate informatie

Uit nationaal en internationaal onderzoek<sup>1-9</sup> blijkt dat in de wervingsfase de volgende onderwerpen aandacht moeten krijgen:

- de inhoud, opzet en het doel van het project
- de belasting van het project voor de huisarts (wat wordt precies van de huisarts verwacht en welke tijd zal dat per patiënt extra betekenen)
- de belasting van het project voor andere praktijkmedewerkers (doktersassistent)
- de belasting van het project voor de patiënten
- de steun die de huisarts vanuit het project kan krijgen
- de vergoeding van specifieke onkosten
- de honorering van de inzet door de huisarts/doktersassistent
- de eventuele vergoeding van de patiënten (reiskosten, bijzondere inspanningen)
- de waardering van de bijdrage van de deelnemende huisarts in immateriële zin (vermelding in eindrapportage, proefschrift, co-auteurschap en dergelijke)
- de bekendmaking van de resultaten van het project aan de participanten.

Onvolledige voorlichting in de wervingsfase zal op de korte termijn wellicht leiden tot participatie van de praktijk aan het project, maar op de lange duur - bijvoorbeeld als blijkt dat de belasting veel groter is - zal de compliance hieronder te lijden hebben. Het is beter betrokkenheid te realiseren op grond van adequate informatie dan premature toezeggingen te doen, die uiteindelijk leiden tot uitval van participanten. Men moet derhalve niet te snel tevreden zijn met een uitgesproken "ja-woord" van de huisarts. Het is verstandig reeds in de wervingsfase een gevoel van collectiviteit tussen de onderzoeker en de huisartsparticipant te realiseren.

Het is te overwegen de wederzijdse afspraken vast te leggen in een contract, waarbij zowel de inhoudelijke als de financiële aspecten duidelijk beschreven worden. Beide partijen weten dan exact wat er van hen verwacht wordt.

#### 4.2.4 De uitvoeringsfase

Tijdens de uitvoeringsfase van het project is het van groot belang met een zekere regelmaat de praktijk persoonlijk te bezoeken. Het bezoeken van de praktijk door de onderzoeker kan aanleiding geven tot bespreking van onduidelijkheden in het project, maar heeft ook een motiverende werking. Een periodieke telefonische benadering van de praktijken is vaak niet voldoende, zodat geadviseerd wordt de praktijken regelmatig te bezoeken. De frequentie hiervan kan per onderwerp verschillen.

Ook het genereren van voortgangsinformatie (eerste ervaringen, deelnemersaantallen, perspectieven, aanvullende afspraken) bijvoorbeeld in de vorm van een projectbulletin of nieuwsbrief kan tijdens de uitvoeringsfase van belang zijn de motivatie en betrokkenheid op het gewenste niveau te houden.

#### 4.2.5 De nazorgfase

Vaak wordt vergeten ook in de periode na de data-verzameling of na volledige beëindiging van het project de noodzakelijke nazorg in de richting van de participanten te realiseren. Vormen van nazorg kunnen zijn:

- een laatste bezoek aan de praktijk, waarin evaluatief naar de uitvoering van het project

- gekeken wordt en de praktijkmedewerkers voor hun bijdrage bedankt worden;
- een bedankbrief aan alle participanten (huisartsen, doktersassistenten, patiënten) met samenvattende informatie over de voortgang en de resultaten van het project;
- de organisatie van een informele en informatieve projectbijeenkomst waarin de onderzoeker de belangrijkste bevindingen kan bespreken met de deelnemers en de participanten persoonlijk voor hun bijdragen kan bedanken;
- de vermelding van een dankwoord (waar mogelijk met de namen van de participanten) in de eindrapportage, het artikel of het proefschrift van het project.

Een goede nazorg kan van grote invloed zijn op de effecten van nieuwe wervingsacties ten behoeve van nieuwe projecten.

### 4.3 Evaluatie

Vele wetenschappelijke projecten met vaak lange termijnen van data-verzameling hebben hun weg naar de huisarts gevonden. Uit de gegevens van het Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL) blijkt dat circa 70% van de huisartsen van de universitaire regio van de Rijksuniversiteit Limburg op enigerlei wijze een bijdrage heeft geleverd aan de uitvoering van het totale onderwijs- en onderzoekprogramma van deze universiteit. Een dergelijke participatiegraad mag groot genoemd worden.

Eveneens uit de ervaringen van het Coördinatiebureau Eerste Lijn kan geconcludeerd worden dat de gepresenteerde "modelbeschrijving werving affiliatie-praktijken" op hoofdlijnen in de praktijk wordt toegepast.

In de **voorbereidingsfase** wordt doorgaans aandacht besteed aan de in het model genoemde aspecten van de uitvoerbaarheid, tijdsinvestering en financiering van het project. Niet altijd wordt een regionaal (praktizerend) huisarts in de projectgroep betrokken.

Ook de **acceptatiefase** verloopt volgens het model. De inhoudelijke en organisatorische acceptatie via respectievelijk de vakgroep huisartsgeneeskunde en het Coördinatiebureau Eerste Lijn is gebruikelijk. Bij grootschalige projecten wordt reeds in een vroegtijdig stadium contact gezocht met de Districts Huisartsvereniging of met regionale huisartsgroepen. Ook de ethische beoordeling via met name de medisch-ethische commissies is usance. Hetzelfde geldt voor de financiële acceptatie. Uitvoering van extramurale projecten is doorgaans dermate kostbaar dat voldoende aandacht voor dit aspect vanzelfsprekend gevonden wordt. De voorwaarden en richtlijnen waaronder financiële acceptatie wordt verkregen zijn in de afgelopen jaren verscherpt. Lump-sum financiering, waarbij de subsidiegever een bepaald bedrag beschikbaar stelt voor de realisatie van de overeengekomen projectdoelen, maakt steeds meer plaats voor financieringsmodellen met ingewikkelde budgetteringsafspraken. Naast afspraken over het totale financiële volume van het project, worden specifieke afspraken vastgelegd over de jaarvolumes en over kostenplaatsvolumes (personeel budget, investeringen, reiskosten, kostenvergoedingen derden, overige materiële lasten).

Het is dan ook belangrijk reeds in de voorbereidingsfase inzicht te hebben in de financiële uitgangspunten van de beoogde subsidiegever. Deze behoren dan in de projectbegroting te worden verwerkt. Een essentieel maar door onderzoekers vaak vergeten element vormen de "veldkosten" voor hun project, met name die welke gereserveerd

dienen te worden voor de huisartsdeelnemers. Een complicatie hierbij is dat veel subsidiegevers deze post vaak nog niet erkennen. Steeds meer ziet men echter in, dat ook hier een professionele benadering nodig is en daarvoor financiële middelen noodzakelijk zijn. Ook de **wervingsfase** verloopt grotendeels volgens model. De gestructureerde en gecoördineerde aanpak via de vakgroep huisartsgeneeskunde en het Coördinatiebureau Eerste Lijn heeft duidelijk terrein gewonnen. Hierbij moet worden aangekend dat de niet-universitaire projecten slechts incidenteel via het CEL de weg naar de huisarts hebben gevonden. De verantwoordelijke onderzoekers en docenten verschaffen doorgaans adequate informatie over de belangrijkste aspecten van het project. Vaak blijkt het echter moeilijk het wetenschappelijke protocol te herschrijven in voor de huisarts begrijpelijke en aansprekende bewoordingen. Het aanbieden van het gehele protocol is van weinig waarde aangezien deze informatie soms te ingewikkeld en altijd te uitgebreid is.

De modelmatige aanpak wordt niet gevolgd daar waar het de inschakeling van "stakeholders" en "local champions" betreft. Met name de promotie van een nieuw project met behulp van "local champions" lijkt verbeterd te kunnen worden. Met de explosieve groei van het aantal (onderzoeks) projecten en gepromoveerde huisartsen zijn er steeds meer huisartsen aanwezig die op specifieke onderzoeksterreinen een meer dan gemiddelde (wetenschappelijke) deskundigheid bezitten. Het vroegtijdig inschakelen van deze deskundigheid kan de uiteindelijke werving alleen maar in positieve zin beïnvloeden.

Het is van belang dat de onderzoeker/docent tijdens de **uitvoeringsfase** van het project met regelmaat de participerende praktijken bezoekt om onduidelijkheden te bespreken en de huisartsen en assistenten te motiveren hun belangrijke bijdrage te continueren. Daarbij kunnen schriftelijke voortgangsrapportages een nuttige aanvulling vormen.

Ook de **nazorgfase** wordt in de meeste gevallen uitgevoerd conform het model. Aandacht voor adequate vermelding van de bijdragen van de diverse participanten, overdracht van de bevindingen naar de deelnemers bijvoorbeeld in de vorm van een voorlichtingsbijeenkomst en dankzegging wordt in de regel aangetroffen.

## 4.4 Literatuur

1.  
Murphy E, Spiegel N, Kinmonth AL. "Will you help me with my research?" Gaining access to primary care settings and subjects. *Br Jour of General practice* 1992; 42: 162-5
2.  
Silagy CA, Carson NE. Factors inflecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 1989; 6: 173-6
- 3  
Borgiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. *Fam Pract* 1989; 6: 168-72
4.  
Herbert CP. Why family practice research? *Canadian Family Physician* 1991; 37: 335-8
- 5  
Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 1). *Canadian Family Physician* 1991; 37: 596-601
- 6  
Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 2). *Canadian Family Physician* 1991; 37: 850-4
- 7  
Booth C. Research and the general practitioner. *Br Med.J* 1987; 295: 1614-9
- 8  
Douma S, Schreuder H. Economic approaches to organizations. Prentice Hall International Ltd. United Kingdom, 1992
- 9  
Jacobs BM. Coördinatiebureau Eerste Lijn; werkelijkheid of illusie?, Doctoraalscriptie 1988

## HOOFDSTUK 5

# MODELBESCHRIJVING ACADEMISERING: DE THEORETISCHE ONDERBOUWING.

### 5.1 Inleiding

In het verleden is diverse malen geprobeerd te komen tot een modelbeschrijving van de academisering van de huisartsgeneeskunde, soms bedrijfskundig<sup>1</sup>, soms economisch<sup>12</sup> en een andere keer vooral gericht op inhoudelijke dimensies<sup>11</sup>.

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar een onderbouwing vanuit de organisatiekunde, waarbij de typering van de netwerkorganisaties en de gekozen samenwerkingsvorm centraal staan. Dit alles werd bestudeerd vanuit de optiek en de doelstellingen van de universiteit.

In de organisatiekunde is de laatste jaren veel aandacht besteed aan relaties tussen organisaties ofwel interorganisationale netwerken. Mede vanwege maatschappelijke ontwikkelingen hebben organisaties steeds meer belang bij elkaar en wordt tot onderlinge samenwerking gekomen<sup>19</sup>.

Juist vanwege deze toegenomen aandacht is het belangrijk bij de bestudering van de organisatiekunde ten einde (delen van) een bepaald verschijnsel te verklaren "prismatisch" kijken te voorkomen. Prismatisch kijken houdt in dat bestudering van de diverse theorieën leidt tot de conclusie dat elke theorie op zijn eigen wijze relevant is voor de verklaring van specifieke onderdelen van het te bestuderen object.

Ook bij het belichten van academische huisartsgeneeskundige netwerken vanuit de organisatiekunde doet zich dit voor. Vele bedrijfseconomische, arbeidskundige theorieën geven een gevoel van herkenning in relatie tot de dagelijkse realiteit van het netwerk. Prismatisch kijken leidt dan al snel tot een eindeloze opsomming van vele theorieën met vaak geringe aanknopingspunten met het centrale onderwerp. Elke theorie is als het ware een bril, waardoor de werkelijkheid van de academische netwerken op een bepaalde manier wordt bekeken. Welke bril ook opgezet wordt, een zekere herkenning wordt gevonden.

Om "prismatisch" kijken te voorkomen is het van het grootste belang de centrale vraagstelling te expliciteren en van daaruit de selectie van de theoretische benaderingen te motiveren. Er is gekozen voor een benadering, waarbij de organisaties van zowel de universiteit als de huisartspraktijk qua ontwerp worden gekarakteriseerd. Dit gebeurt aan de hand van de door Mintzberg geschetste organisatiestructuren<sup>10</sup>.

Vanuit de individuele organisaties is gekomen tot interorganisationale samenwerking in de vorm van een netwerk. Het verschil tussen een organisatie en een netwerk wordt besproken en de kenmerken en concepten van netwerken komen aan de orde, waarbij eveneens wordt stil gestaan bij de coördinatie van belangen en van transactieverkeer tussen de partners in het netwerk. De "waarom-vraag" van de samenwerking in een academisch netwerk wordt bekeken, waarbij de transactiekostenbenadering van

Williamson<sup>17, 18</sup> als uitgangspunt is gekozen. De moderne agency-theorie wordt in dit verband eveneens besproken.

Tenslotte worden de theorieën afgezet tegen het reeds gerealiseerde Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht, met de bedoeling aanknopingspunten te vinden voor toekomstige ontwikkelingen.

## **5.2 Positionering van de individuele partijen**

Voor de positionering van de beide organisaties, de universiteit en de individuele huisartspraktijk, wordt gebruik gemaakt van de theorieën van Mintzberg. Mintzberg<sup>10</sup> heeft de diverse organisatiestructuren uitvoerig beschreven. Uitgaande van de voornaamste coördinatiemechanismen, de belangrijkste delen van de organisatie, de ontwerpparameters en de situationele factoren worden diverse organisatiestructuren onderscheiden. Voor de beschrijving van de universitaire - en de huisartsorganisatie lijken twee geschetste structuren in aanmerking te komen. De huisartspraktijk kan, in zijn meest elementaire vorm, gezien worden als een zogenaamde eenvoudige structuur, terwijl de universiteit getypeerd wordt als een professionele bureaucratie. Kennis van de belangrijkste principes van deze organisatiestructuren is van belang voor een verdere bestudering van het gedrag van deze organisaties in het uiteindelijk ontwikkelde netwerk.

### **5.2.1 De huisartspraktijk als eenvoudige structuur**

De eenvoudige structuur gaat uit van een aantal principes. De primaire coördinatie in deze structuur wordt door één centrale persoon verzorgd. De (strategische) top is dan ook het voornaamste en machtigste deel van de organisatie. Vaak bestaat de hele organisatie slechts uit de strategische top en een beperkte uitvoerende kern.

De belangrijkste ontwerpparameter is volgens Mintzberg<sup>10</sup> centralisatie, waarbij standaardisatie in de organisatie ontbreekt (de zogenaamde "organische structuur").

Vaak betreft het jonge, kleine organisaties in een dynamische, maar eenvoudige omgeving. De organisatie is niet onderhevig aan mode-verschuiven, terwijl er nauwelijks sprake is van hoogwaardige technologie.

Een eenvoudige structuur heeft als voordelen dat de leider in het algemeen een grondige kennis heeft van de gehele organisatie, dat de organisatie door zijn eenvoud flexibel is en snel kan antwoorden op veranderingen in de omgeving. Bovendien is er doorgaans sprake van een grote gedrevenheid, met name vanuit de leiding.

Uiteraard zijn er ook nadelen te ontdekken. De afhankelijkheid van de leider is groot en veel lijkt af te hangen van de gezondheid en grillen van de centrale persoon. Vaak hebben de andere medewerkers in de organisatie niet altijd het idee dat ze actief en creatief kunnen participeren aan de diverse bedrijfsprocessen. Volgzaam gedrag is vaak een effect.

In de huisartspraktijk in zijn meest elementaire vorm is de huisarts te typeren als de machtige en strategische topfiguur, die vrij centralistisch opereert. Ook de aangegeven

situationele factoren worden aangetroffen. Meestal gaat het om kleine organisaties zonder hoogwaardige technologie. De omgeving kan getypeerd worden als dynamisch en niet of nauwelijks modegevoelig.

Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat democratiseringstendenzen en behoefte aan schaalvergroting, alsmede de toename van de aanwezige technologie geleid hebben tot aangepaste organisatiestructuren. De grotere groepspraktijken en zeker de gezondheidscentra voldoen dan ook niet meer volledig aan alle genoemde kenmerken van een eenvoudige structuur. De aanwezigheid van professioneel bestuurders, managers en directeuren in de grotere centra leidt tot een situatie, waarbij deze organisaties kenmerken gaan vertonen van de professionele bureaucratie.

Alvorens dit organisatieontwerp verder uit te werken is het van belang het begrip "bureaucratie" in dit verband nader toe te lichten. Het is oorspronkelijk afgeleid van het woord bureau (kantoor). De socioloog Max Weber<sup>8</sup> gaf het woord een zuiver technische betekenis en deze betekenis heeft het begrip bureaucratie in de literatuur van de organisatie-theorie nog steeds. Een bureaucratie is dan een structuur waarin het gedrag van de organisatie en de daarin werkzame medewerkers van te voren is vastgelegd of voorspelbaar is (door standaardisatie). Deze voorspelbaarheid ontstaat door verfijnde afspraken over werkprocessen, output of vaardighedeniveau, al dan niet in een gecentraliseerd model ontwikkeld. In tegenstelling tot de bureaucratische structuur definieert Weber<sup>8</sup> de organische structuur als een structuur waarin standaardisatie in de organisatie ontbreekt.

## 5.2.2 De universiteit als professionele bureaucratie

Een universiteit wordt door Mintzberg gepercipieerd als een zogenaamde professionele bureaucratie. Naarmate het uit te voeren werk ingewikkelder wordt is het van belang de "uitvoerenden" (de professionals) rechtstreeks zeggenschap over het werk te geven. Het enige coördinatiemechanisme dat de organisatie in een dergelijke situatie heeft is "de standaardisatie van vaardigheden". Dit type van organisaties wordt de "professionele bureaucratie" genoemd. Voorbeelden zijn ziekenhuizen, onderwijsinstellingen en universiteiten.

In de professionele bureaucratie hebben de professionals zeggenschap over de eigen werkzaamheden, hetgeen betekent dat de professional betrekkelijk onafhankelijk is van zijn collega's, maar nauw samenwerkt met zijn cliënten. De coördinatie wordt aangebracht door het ontwerp en de normen die van tevoren vastleggen wat er moet gebeuren. Het hoofdbestanddeel van de professionele bureaucratie wordt gevormd door de uitvoerende kern. Doordat de nadruk ligt op de uitvoerende kern van professionals is decentralisatie een automatische consequentie.

De professionals vragen doorgaans om een bestuurlijke hiërarchie die democratisch en "bottom-up" is, waardoor de rol van bestuurders ingewikkeld wordt. De bestuurder behoudt zijn macht zolang de professionals van mening zijn dat hij hun belangen effectief dient. De macht van de bestuurder kan eenvoudig worden overtroefd door de collectieve macht van de professionals, maar de bestuurder heeft individueel wel meer macht dan de individuele professional.

In een professionele organisatie verliest het begrip strategie - een geïntegreerd patroon van beslissingen dat geldt voor de hele organisatie - veel van zijn betekenis. De strategie wordt voornamelijk bepaald door de individuele professionals binnen de



organisatie en de (beroeps)organisaties daarbuiten. Strategie wordt dan al snel een cumulatie van effecten van projecten en individuele initiatieven uit de afgelopen periode.

Gebruikelijke coördinatiemechanismen zoals direct toezicht, standaardisatie van werkprocessen en output hebben meerdere malen bewezen niet te voldoen in een professionele bureaucratie<sup>10</sup>. Coördinatie in professionele bureaucratieën geschiedt vooral door standaardisatie van vaardigheden, maar dit wordt een indirect en vaag coördinatiemechanisme genoemd<sup>8</sup>.

Veranderingen zijn alleen dan te realiseren als de professional dat zelf wil. Het is dan ook zeer moeilijk in een dergelijke organisatie om te gaan met professionals die ofwel onbekwaam of nalatig zijn. Dankzij hun vrijheid van handelen negeren sommige professionals de behoeften en vragen van de organisatie waarvan zij deel uit maken. Doordat professionals beetje bij beetje veranderen treden er ook veranderingen op in de professionele bureaucratie.

### **5.3 Organisatie en netwerk**

Van der Zwaan<sup>19</sup> beschrijft in "Netwerken: samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg" het verschil tussen een organisatie en een netwerk. Een netwerk wordt gedefinieerd als een verzameling van min of meer samenwerkende organisaties. Uitgaande van deze definitie is er sprake van een principieel onderscheid tussen een organisatie en een netwerk. Anders had de definitie moeten luiden: "een netwerk is een organisatie van samenwerkende organisaties."

Intuïtief zijn sommigen echter van mening dat een netwerk wel degelijk een bepaald type organisatie is, die zich hoogstens onderscheidt van de modale organisaties vanwege een verschil in aggregatieniveau. Ook in de definitie van Keuning en Eppink<sup>8</sup> komen organisatie en netwerk dicht bij elkaar. Zij beschrijven een organisatie als een doel-realiserend samenwerkingsverband met als belangrijkste kenmerken :

#### **MENSEN DIE SAMENWERKEN VOOR EEN BEPAALD DOEL.**

Van der Krogt<sup>9</sup> beschrijft (interorganisationale) netwerken als organisaties, die onderlinge relaties aangaan, hetzij als gevolg van wederzijdse afhankelijkheid (input-output relaties), hetzij als strategie met het doel de omgeving te beïnvloeden.

De bestudering van netwerken was oorspronkelijk voornamelijk gebaseerd op het feit dat deze bestudering andere theorieën zou vergen dan de beschikbare theorieën ten aanzien van individuele organisaties. Geleidelijk aan wint al met al de gedachte veld dat de bestudering van individuele organisaties en netwerken kan geschieden vanuit eenzelfde perspectief. "Een netwerk van organisaties kan immers net zo goed een organisatie van organisaties, een organisatie van de tweede graad genoemd worden"<sup>4</sup>. Dat wil niet zeggen dat er geen verschillen bestaan tussen netwerken en organisaties, maar de noodzaak tot de hantering van andere organisatie-theorieën lijkt niet aanwezig. Tevens mag verondersteld worden dat, naarmate de formalisatie van en in het netwerk toeneemt ook de vergelijkbaarheid met individuele organisaties wordt verhoogd.

In overeenstemming met Gils<sup>4</sup>, Weick<sup>16</sup> en Keuning en Eppink<sup>8</sup> wordt bij de bestudering van academische huisartsgeneeskundige netwerken gekozen voor een definitie waarbij een netwerk een bepaald type organisatie is. Enkele gangbare organisatietheorieën kunnen vervolgens gehanteerd worden voor de typering en de bestudering van deze interorganisationale netwerken.

#### 5.4 Netwerken; soorten, strategie en "spel"

De laatste tientallen jaren is de aandacht voor het "netwerk-concept" sterk toegenomen. Om allerlei redenen en op diverse manieren probeerden organisaties tot netwerkvorming te komen, meestal uit vrije wil, maar soms ook gedwongen of tenminste door externe druk. Bij dit laatste kan gedacht worden aan netwerkvorming in het middelbaar en hoger onderwijs mede als gevolg van het overheidsbeleid dienaangaande. In het universitair onderwijs wordt iets dergelijks gezien bij de ontwikkeling van interuniversitaire werkgroepen en onderzoekscholen.

Godfroy<sup>5</sup> onderscheidt 9 verschillende netwerkvormen:

- Uitwisselingsnetwerken
- Circuits
- Financiële netwerken
- Elite-netwerken
- Technische netwerken
- Ontwikkelingsnetwerken
- Beleidsnetwerken
- Coalitienetwerken
- Competitieve netwerken

Het zou te ver voeren alle genoemde netwerkvormen te bespreken. Vandaar een korte uiteenzetting over de voor huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken meest relevante vormen, het uitwisselingsnetwerk, het beleidsnetwerk en het coalitienetwerk.

Een *uitwisselingsnetwerk* berust op min of meer duurzame relaties tussen verschillende organisaties, waarbinnen transacties plaatsvinden. Onder transacties wordt dan verstaan het ruilen van middelen of prestaties, waarbij de individuele organisaties voor het bereiken van hun doelen belang hebben. Bij de ruil is niet alleen de economische calculatie van belang, maar ook normen, waarden, tradities en machtsverhoudingen. Zou het namelijk alleen om economische calculaties gaan, dan zou via de normale "markt" het doel van de organisaties bereikt kunnen worden.

In uitwisselingsnetwerken is het uitwisselingsgedrag voor beide partijen van groot belang voor de realisatie van de doelen; er is sprake van complementariteit (beide partijen hebben elkaar iets te bieden), in de organisatieleer ook wel symbiotische interdependentie genoemd<sup>5</sup>.

Een *beleidsnetwerk* is een netwerk, waarin de actoren weliswaar een zelfde beleidsveld proberen te besturen, maar waarin zij handelen vanuit verschillende definities, belangen, visies en vooral met uiteenlopende beïnvloedingsmogelijkheden.

*Coalitienetwerken* tenslotte komen tot stand vanuit de behoefte van de actoren om door middel van krachtenbundeling sterker te staan tegenover een derde partij, die

voor beide een bedreiging vormt. De bespreking van de diverse soorten netwerken wordt beperkt tot deze drie varianten omdat deze als het meest relevant voorkomen voor de academische netwerken. Hierop wordt later in dit hoofdstuk dieper ingegaan.

Bij de bestudering van processen in interorganisationale netwerken staan de begrippen "strategie" en "spel" vaak centraal 5, 8, 15. Voordeel van de hantering van deze begrippen als sleutelwoorden in de analyse is het verkrijgen van een redelijk inzicht in de dynamiek en de interactieprocessen van netwerken. Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat de theorieën moeilijk te vertalen zijn in heldere en toetsbare hypothesen en hypothesen.

Met andere woorden, de overtuigingskracht is groot, maar de bewijsvoering in het algemeen gering.

De **strategie** is de belangrijkste gemeenschappelijke drijfveer van de organisaties om tot samenwerking in een netwerk te komen. Vijf belangrijke strategieën zijn het maken van winst, het verhogen van de dienstbaarheid aan de cliënt, het simpelweg overleven, het behouden dan wel vergroten van macht of het verder ontwikkelen van kennis en vaardigheden. Deze laatste strategie wordt door Van der Krogt<sup>9</sup> ook wel de strategie van de waarde van het vak genoemd.

Können, Wassenberg en Godfroi<sup>5, 8, 15</sup> onderscheiden 7 verschillende speltypen:

- coöperatie
- coalitievorming
- competitie
- competitiebeperking
- strijd
- conflictbeheersing
- schimmenspel

Ook hier wordt weer, vanuit het oogmerk een vertaalslag te kunnen doen naar de academische netwerken, een pragmatische keuze gemaakt voor de meest voor de hand liggende spelvormen, te weten coöperatie, coalitievorming en schimmenspel.

*Coöperatie of samenwerking* is een speltype waarin het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen dan wel het vergroten van wederzijdse voordelen voorop staat door onderlinge afstemming tussen de organisaties.

Bij *coalitievorming* berust de interdependentie tussen de netwerkpartijen met name op de bescherming of afscherming jegens een andere actor.

Het speltype '*schimmenspel*' tenslotte gaat uit van het principe dat de partijen in het netwerk zich bewust zijn van hun interdependentie, maar niet altijd een duidelijk beeld hebben van hetgeen zij te winnen of te verliezen hebben.

## 5.5 Netwerken; onrust en paradox

In Wassenberg's "Netwerken : organisatie en strategie"<sup>15</sup> worden bepaalde aspecten van netwerken nader uitgewerkt. De voorwaarden, die van invloed zijn op de ontwikkeling en instandhouding van samenwerkingsnetwerken worden beschreven, evenals de wanneer-vraag, waarbij dieper wordt ingegaan op het moment, waarop organisaties -

uit vrije wil of pure noodzaak - ingaan op de mogelijkheden van netwerken. De titel van het eerste hoofdstuk van dit boek "Netwerken: rivaliteit en samenwerking tussen organisaties"<sup>15</sup> is in hoge mate typerend voor de omschrijving van een huisartsgeneeskundig academiseringsnetwerk.

"Juist vanuit de menging van conflict en samenwerking en vanuit het streven naar autonomie en identiteit moet gezien worden hoe organisaties hun externe relaties doseren en nuanceren en daarmee een verschijnsel veroorzaken dat men de **"onrust van netwerken"** zou kunnen noemen. "<sup>15</sup>

Twee aspecten verdienen bij interorganisationale samenwerking in netwerken bijzondere aandacht:

- het gaat bij netwerken van organisaties om mengvormen van rivaliteit en samenwerking;
- er is sprake van dynamische wisselwerking tussen de interne (de eigen organisatiestructuur van de beide partijen) en de externe (netwerk)structuur.

Bovengenoemde twee aspecten zijn van wisselend belang in de diverse ontwikkelingsstadia van organisaties. Het ritme van de ontwikkelingen wordt nu eens bepaald door het netwerk zelf en dan weer door de ontwikkeling bij één van de deelnemende partijen. Om een voorbeeld te geven: De introductie van het standaardenbeleid<sup>20</sup> in de huisartsgeneeskunde was een ontwikkeling met primaire consequenties voor het dagelijks werk van de huisartsen. Toch blijkt dat deze ontwikkeling ook gevolgen heeft voor de doelen en werkwijze van het totale netwerk, inclusief het universitaire onderwijs en onderzoek. Bovendien is dit standaardenbeleid van grote invloed op de positie die de huisartsgeneeskunde inneemt in de samenleving en naar andere maatschappelijke organisaties toe. Op het niveau van het netwerk kan vervolgens besloten worden dat de effecten van de introductie van de standaarden in de huisartspraktijk wetenschappelijk gemeten moeten worden. Deze ontwikkeling, beginnend bij het netwerk, leidt dan weer tot vervolgonwikkeling bij de deelnemende partijen.

De "netwerkparadox" kan, tegen deze achtergrond gezien, als volgt omschreven worden: "Het maken van afspraken in netwerken leidt weliswaar tot toename van zekerheid en voorspelbaarheid van de te beïnvloeden omgeving, tegelijkertijd worden de individuele organisaties in hun vrijheid van handelen beperkt."<sup>9</sup> Vanuit deze redenering en vanuit de gedachte dat organisaties qua omvang en hiërarchie sterk verschillen was de verwachting gewettigd dat interorganisationale samenwerking slechts moeizaam tot stand zou komen. Het blijkt echter dat wederzijdse belangen en percepties van veel grotere invloed zijn op het succes van netwerken. Elkaar aanvullende organisaties komen derhalve, ook al zijn er schaal- of hiërarchieverschillen, sneller tot interorganisationale samenwerking. Een belangrijke factor met betrekking tot netwerken is de relatieve macht van de participerende organisaties ten opzichte van elkaar. De initiatiefnemer is vaak de machtigste partij, maar door de ontwikkeling van spelregels kan de macht van de overheersende partij worden gereguleerd dan wel beperkt.

## 5.6 Coördinatie en beheersing van de taakuitoefening

Om de onrust en machtsvraagstukken in netwerken te beperken is de aandacht voor coördinatie en beheersing van de taakuitoefening essentieel. Mintzberg<sup>10</sup> onderscheidt 5 coördinatiemechanismen:

### *Onderlinge aanpassing.*

Bij onderlinge aanpassing wordt het werk gecoördineerd via het simpele proces van informele communicatie. De controle van het werk is in handen van de mensen die het uitvoeren. Alhoewel dit coördinatiemechanisme voornamelijk gebruikt wordt in eenvoudige organisaties, blijkt onderlinge aanpassing door informele communicatie ook in specialistische organisaties van groot belang te kunnen zijn.

### *Direct toezicht.*

De coördinatie komt tot stand doordat één persoon de verantwoordelijkheid draagt, de instructies geeft en de uitvoering van de werkzaamheden bewaakt.

### *Standaardisatie van werkprocessen.*

De inhoud van het werk wordt gespecificeerd of geprogrammeerd doordat expliciet vastgelegd wordt op welke wijze de werkzaamheden verricht moeten worden.

### *Standaardisatie van output.*

De coördinatie komt hier tot stand doordat de resultaten van het werk zijn gespecificeerd. De resultaten kunnen dan zowel concrete gegevens zijn (afmetingen, aantallen) als prestaties of prestatieniveau's.

### *Standaardisatie van vaardigheden en kennis.*

Het soort training dat voor de uitvoering van de werkzaamheden vereist is, is gespecificeerd.

In het algemeen kunnen meerdere coördinatiemechanismen naast elkaar worden gebruikt.

Groot<sup>6</sup> geeft aan dat door complexiteit van de voortbrenging van de output of door de beperkte meetbaarheid ervan vaak wordt overgegaan tot delegatie van de managementfuncties aan de uitvoerders. Het is dan van belang daarover goede afspraken te maken. De wijze waarop dit kan gebeuren wordt onder andere door de transactiekostentheorie en de agency-theorie beschreven. Vanwege het belang van deze theorieën voor de academische netwerken worden ze kort beschreven.

In tegenstelling tot de traditionele economische theorieën gaan de agency- en de transactiekostentheorie niet uit van het gegeven dat de betrokkenen beschikken over alle informatie ten aanzien van de produktiviteit van de werknemers. Het blijkt namelijk vaak problematisch het exacte resultaat te meten (**wat** is het resultaat) of te bepalen welk deel van het resultaat toegewezen kan worden aan bepaalde werknemers (**wie** heeft het resultaat bewerkstelligd). Ook ontstaan er meetfouten als gevolg van externe omstandigheden, die niet veroorzaakt zijn door de werknemer(s).

## **5.6.1 Transactiekostentheorie**

Coase<sup>7</sup> introduceerde in 1937 de transactiekostentheorie, waarbij hij transactiekosten definieerde als zijnde de kosten die met het prijsmechanisme zijn geassocieerd om de juiste prestatieprikkels en coördinatie te bewerkstelligen. Hierbij kan worden gedacht aan kosten samenhangende met het onderhandelen, het opstellen van contracten, het

uitvoeren van inspecties (monitoring) en het treffen van voorzieningen voor eventuele geschillen. Williamson<sup>17, 18</sup> heeft de transactiekostentheorie nader uitgewerkt, waarbij hij zich ook heeft beziggehouden met de vraag in hoeverre transacties binnen een onderneming verschillen van transacties tussen verschillende ondernemingen. Hij definieert transactiekosten in ruime zin als de middelen die nodig zijn bij de onderhandeling over contracten, de tijd die gemoeid is met het afdwingen en sluiten van de contracten en de kosten die gepaard gaan met het voorkomen van ontduiking van gemaakte afspraken. Een transactie wordt door hem omschreven als een ruil of uitwisseling van diensten, goederen of gunsten tussen individuen, groepen of organisaties. Het ruil- of transactieproces tussen de organisaties kan zich in twee hoofdvormen voltrekken. Als er sprake is van een ruil tussen in beginsel gelijksoortige, gelijkwaardige of elkaar aanvullende partijen en het prijsmechanisme centraal staat voor de regulering van het transactieproces is er sprake van een *'eenvoudige marktorganisatie'*. Prijsmechanisme moet in dit verband ruim gezien worden en kan derhalve ook bestaan uit de ruil van goederen, diensten en wederdiensten.

Tegenover de eenvoudige marktorganisatie definieert Williamson de zogenaamde *hiërarchie*. De gezagsrelatie of de hiërarchie en bureaucratische procedures vormen hierbij de basis voor het transactieproces.

Afhankelijk van de omstandigheden kunnen specifieke contractvormen leiden tot reductie van de transactiekosten. Daarbij worden drie hoofdvormen onderscheiden, te weten de korte termijn contracten, de lange termijn contracten en de verticale integratie. Bij relaties met geringe specifieke investeringen voldoet een **korte termijn contract**. Slecht gedrag wordt simpel afgestraft door met een andere marktpartij in zee te gaan. Daarom noemt men deze contractvorm ook wel simpelweg "markt".

Zijn er veel specifieke investeringen noodzakelijk en is er een geringe onzekerheid over het nakomen van de afspraken, dan lijkt een **lange termijn contract** voor de hand liggend. Het hebben van goede relaties en van een goede reputatie is in dit verband van groot belang. Vaak zullen lange termijn contracten onvolledig zijn. Het is vrijwel onmogelijk en in ieder geval zeer kostbaar om alle mogelijke omstandigheden in kaart te brengen en in een overeenkomst nader te specificeren. Uiteraard is het zo dat onvolledige contracten leiden tot additionele transactiekosten, maar deze zijn wellicht lager dan de kosten gemoeid met het maken van "volledige contracten".

**Verticale integratie** tenslotte is een manier om bepaalde problemen in situaties met veel specifieke investeringen op te lossen, door zulke transacties binnen de organisatie op te nemen.

De mate van zekerheid over het gedrag van de transactie-partijen en de hoogte van de specifieke investeringen spelen dus een grote rol bij de vaststelling van de optimale contractvorm of beheersstructuur. In figuur 5.1. wordt de contractvormen schematisch weergegeven.

Samenvattend kan gezegd worden dat de transactiekostenbenadering de problemen benadrukt die geassocieerd kunnen zijn met onvolledige contracten in relaties met in principe niet-recupereerbare investeringen. De partijen zijn als het ware tot elkaar veroordeeld, vaak omdat de wederzijdse investeringen binnen hun relatie een hoge waarde hebben.

**Figuur 5.1 Soorten van contracten in het kader van de transactiekostentheorie<sup>15</sup>**

		MATE VAN ONZEKERHEID	
		GERING	GROOT
MATE VAN SPECIFIEKE INVESTERINGEN	GERING	korte termijn contract	korte termijn contract
	GROOT	lange termijn contract	verticale integratie

### 5.6.2 Agency-theorie: de theorie van agent en principal

In de zeventiger jaren werden de zogenaamde "agency-theorieën" ontwikkeld. In verschillende handboeken 3, 6, 13 wordt deze moderne accounting-theorie uitvoerig beschreven. Binnen de agency theorie zijn twee stromingen te onderscheiden :

- **de positieve agency theorie**

De positieve agency theorie heeft als uitgangspunt dat bestaande organisatie-vormen efficiënt zijn, aangezien ze anders niet blijvend zouden bestaan. De belangrijkste onderzoeksvraag in de positieve agency-theorie betreft de mate waarin contracten het gedrag van de participanten zullen beïnvloeden.

- **de theorie van principal en agent**

Centrale vraag van deze theorie is de wijze waarop de "principal" de (belonings) relatie met de "agent" moet onderhouden. Vaak leidt de beantwoording van deze vraag tot formele mathematische modellen.

Alhoewel oorspronkelijk bedoeld als mathematisch, economisch model, werden al vrij snel gedragswetenschappelijke overwegingen aan het model toegevoegd. In de meest simpele vorm beschrijft de agency theorie de relatie tussen twee personen of organisaties, een "principal" en een "agent", die namens de principal besluiten neemt. Elke persoon kan dan eens principal en de volgende keer agent zijn. In het patiëntenzorg-contact tussen patiënt en arts is de patiënt principal en de huisarts de agent, wiens beslissingen van invloed zullen zijn op de gezondheid van de patiënt. In het overleg tussen de huisarts en zijn accountant wordt de huisarts weer de principal, die zich zal laten leiden door de adviezen van de agent (de accountant). In de algemene theorie van principal en agent staat de wijze waarop de principal het gedrag van de agent kan observeren (en beïnvloeden) centraal.

Drie vormen zijn in dit kader van belang.

In de eerste plaats de situatie waarbij de principal de agent *volledig kan observeren* (de chef van de typekamer, die de typistes in directe zin kan observeren en beïnvloeden). Ten tweede zijn er uiteraard ook vormen denkbaar, waarbij de principal *geen enkele informatie* heeft over het gedrag van de agent.

In de derde vorm kan de principal het gedrag van de agent weliswaar niet direct beïnvloeden, maar kan hij *signalen* ontvangen met betrekking tot het kwalitatieve en kwantitatieve niveau van de inspanningen van de agent.

In de relatie tussen de universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde en de individuele huisarts lijkt de derde vorm van de agency theorie het meest relevant.

Groot<sup>6</sup> wijst op enkele factoren, die van invloed kunnen zijn op de af te sluiten contracten tussen agent en principal. Allereerst geeft hij aan dat het door de agent te bereiken resultaat niet alleen afhankelijk gesteld kan worden van de inspanning van de agent, aangezien er een zekere afhankelijkheid is van omgevingsfactoren. Dit opent volgens Groot de mogelijkheid om te onderzoeken op welke wijze risico-verdeling tussen de partijen kan plaatsvinden en hoe dat in de beloningsstructuur tot uiting zou kunnen komen. Op de tweede plaats kan het zo zijn dat de agent een inspanningsniveau kan kiezen dat niet door de principal kan worden gecontroleerd, hetgeen er toe kan leiden dat de agent de eigen nutsfunctie maximaliseert ten koste van de nuttigheid voor de principal. Men kan deze suboptimalisatie tegengaan door informatie in te winnen over het inspanningsniveau van de agent of door het minimaal acceptabele output-niveau vast te stellen en een boete te geven bij overschrijding van dit niveau.

Afhankelijk van de mate, waarin informatie over het gedrag van de agent beschikbaar is worden in de agency-theorie drie typen contracten onderscheiden<sup>3</sup>. Daar waar de principal het gedrag van de agent (redelijk) goed kan beoordelen kan een eenvoudige contractvorm, een **"forcing contract"** dienst doen. Afgesproken wordt dat de principal een bepaald bedrag betaalt, wanneer de agent een van te voren bepaald minimum-prestatieniveau haalt. Wordt dat niveau niet gehaald, dan volgt geen enkele betaling. Het voordeel van deze contractvorm is dat de agent alles zal doen om het gevraagde niveau te halen; tegelijkertijd wordt ook het nadeel zichtbaar. Als het niveau eenmaal gehaald is, zal de agent doorgaans geen verdere inspanningen meer doen.

Indien het gedrag van de agent niet (goed) te beoordelen is worden twee andere contractsoorten voorgesteld, te weten het **"wage contract"** en het **"rent-contract"**. Het **"wage contract"** wordt nog steeds veel toegepast en betekent dat de agent een gefixeerd salaris ontvangt, ongeacht de prestatie. De beloning is min of meer taakafhankelijk en niet prestatie-afhankelijk. Het belangrijkste nadeel van deze belonings-systeematiek is het ontbreken van een incentive voor de agent om extra inspanningen te verrichten. Bij een wage contract ligt het risico geheel bij de principal. Bij een **"rent contract"** ontvangt de agent de volledige opbrengst minus een van te voren overeengekomen bedrag. Het risico ligt bij deze vorm geheel bij de agent.

## 5.7 Nadere analyse van de praktijk van het academiseringsnetwerk in relatie tot relevante theorieën

Terwijl in het voorgaande reeds op sommige plaatsen de relevantie van de beschreven theorie voor de concrete uitvoering van geacademiseerde huisartsgeneeskundige netwerken is aangeduid, is het van belang de belangrijkste uitgangspunten en theorieën samenhangend te relateren aan de praktische realiteit van het academiseringsnetwerk. In figuur 5.2 worden de besproken theorieën schematisch weergegeven.

De mate waarin deze theorieën van toepassing zijn op het huisartsgeneeskundig academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) kan worden getoetst aan de hand van concrete uitvoeringsaspecten, zoals de gehanteerde contracten, de inhoudelijke werkplannen, de geformuleerde doelstellingen en de wijze waarop de twee partijen (universiteit en veld) elkaar gevonden hebben.



**Figuur 5.2 Samenvatting van de voor academiseringsnetwerken huisartsengenceskunde relevante theorieën**

Theorie	Doelstelling van de theorie	Belangrijkste kenmerken van de theorie
De huisartspraktijk als eenvoudige structuur <sup>8, 10</sup>	Beschrijving van de organisatie-structuur en de belangrijkste coördinatiemechanismen, basiscomponenten en situationele factoren	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coördinatie door centraal toezicht; centraal door één (top)man</li> <li>2. De strategische top is het belangrijkste en machtigste deel van de organisatie</li> <li>3. Centralisatie; weinig standaardisatie</li> <li>4. Eenvoudige, dynamische omgeving; geen hoogwaardige technologie</li> </ol>
Professionele bureaucratie <sup>1, 8, 10</sup>	Beschrijving van de organisatie-structuur en de belangrijkste coördinatiemechanismen, basiscomponenten en situationele factoren	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coördinatie door standaardisatie van vaardigheden (training), het ontwerp en de normen</li> <li>2. De kracht ("macht") ligt bij de uitvoerende kern van de professionals</li> <li>3. Professionals hebben zeggenschap over de "eigen" werkzaamheden</li> <li>4. Decentralisatie en taakspecialisatie</li> <li>5. Ingewikkelde, maar redelijk stabiele omgeving</li> <li>6. Niet-regulerend en technisch niet te complex systeem</li> <li>7. Democratische bestuurlijke hiërarchie (bottom-up)</li> <li>8. Strategie-bepaling vanuit de professionals op basis van effect-evaluatie van uitgevoerde projecten en initiatieven</li> </ol>
Interorganisationale samenwerking (IOS) <sup>1, 8</sup>	Beschrijving van de samenwerking tussen twee zelfstandige organisaties	Het samenwerkingsdoel overlapt slechts gedeeltelijk de afzonderlijke doelen van de deelnemende organisaties.
Transactiekostentheorie <sup>17, 18</sup>	Beschrijft de transacties tussen organisaties aan de hand van de kosten, alsmede de contractvormen	Transactiekosten in ruime zin worden omschreven als de middelen die nodig zijn bij de onderhandeling over contracten, de tijd die gemoeid is met het afdwingen en sluiten van de contracten en de kosten die gepaard gaan met het voorkomen van ontduiking van gemaakte afspraken. Een transactie is een ruil of uitwisseling van diensten, goederen of gunsten tussen individuen, groepen of organisaties.
Agency theorie <sup>3, 6, 8, 13</sup>	Beschrijft de relatie tussen twee personen of organisaties als de verhouding tussen een "principal" en een "agent", die namens de principal besluiten neemt.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De principal kan het gedrag van de agent niet direct beïnvloeden, maar kan slechts signalen ontvangen met betrekking tot het kwalitatieve en kwantitatieve niveau van de inspanningen van de agent.</li> <li>2. De centrale vraag in de agency theorie is hoe de principal de beloningsstructuur van de agent(en) moet inrichten.</li> </ol>

In zijn meest elementaire vorm kan de huisartspraktijk getypeerd worden als een **"eenvoudige structuur"**. De organisaties zijn vaak klein en de omgeving weliswaar dynamisch, maar tegelijk eenvoudig. De strategische top van de organisatie, de huisarts zelf, vormt het voornaamste deel van de organisatie. Centralisatie is de belangrijkste ontwerpparameter.

Tegelijkertijd moet echter geconstateerd worden dat, als gevolg van schaalvergroting en democratiseringstendensen, de modernere huisarts-organisatievormen (groepspraktijken en gezondheidscentra) niet meer aan alle kenmerken van de eenvoudige structuur voldoen. Vaak wordt de organisatie gestuurd door beroepsbestuurders en door een directeur met een beheersmatige eindverantwoordelijkheid. De coördinatie vindt niet meer plaats door direct toezicht, maar steeds meer door standaardisatie van vaardigheden en werkprocessen. Het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft deze tendens versterkt. Huisartspraktijken gaan dan al snel de kenmerken van een professionele bureaucratie vertonen.

De kenmerken van de **"professionele bureaucratie"** zijn niet alleen zichtbaar als gevolg van het feit dat universiteiten getypeerd kunnen worden als professionele organisaties, maar zijn eveneens aanwezig in het concept van de geacademiseerde netwerken. In het netwerk is gekozen voor een hoge mate van decentralisatie naar het niveau van de "professionals" (de geacademiseerde huisartsen). Deze professionals hebben zeggenschap over de uitvoering van de eigen werkzaamheden, daarbij slechts gestuurd door de jaarlijks overeen te komen inhoudelijke werkplannen. Alhoewel het niet eenvoudig is te spreken over de machtsverhoudingen in het netwerk, is geprobeerd te komen tot gelijkwaardigheid van de verhoudingen tussen de universitaire vakgroep en de geacademiseerde huisarts, binnen de grenzen gesteld door de gezamenlijk onderschreven doeleinden.

De inhoudelijke kracht (macht) van het netwerk ligt nadrukkelijk bij de uitvoerende kern van het netwerk, bij de professionals.

De coördinatie in professionele bureaucratieën vindt hoofdzakelijk plaats door standaardisatie van vaardigheden. De geacademiseerde huisartsen, de professionals in dit verband, krijgen daartoe opleidingen op het gebied van onder andere didactiek en wetenschappelijke vorming, methodologie en statistiek.

Strategiebepaling vindt hoofdzakelijk plaats door de professionals zelf; een eenzijdige top-down benadering heeft zelden effect. In het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht wordt beoogd de strategiebepaling te faciliteren door het inbouwen van een additioneel bestuursorgaan, het Dagelijks Bestuur Academisering. De professionals zijn in dit bestuursorgaan ruimschoots vertegenwoordigd. Er wordt naar gestreefd via het dagelijks bestuur academisering invulling te geven aan de noodzakelijke, gezamenlijke strategiebepaling.

Schema 5.3 geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de "eenvoudige structuur" en de "professionele bureaucratie" en de mate waarin het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht aan deze kenmerken voldoet.

**Schema 5.3 De "eenvoudige structuur" en de "professionele bureaucratie" volgens Mintzberg<sup>10</sup> en de relatie met het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht**

Onderwerp/kenmerk	eenvoudige structuur	'professionele bureaucratie	Het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM)
Primair coördinatie-mechanisme	direct toezicht	Standaardisatie van vaardigheden	Standaardisatie van vaardigheden en standaardisatie van output
Centrale deel van de organisatie	strategische top	uitvoerende kern	uitvoerende kern met de "strategische top" in het DB-academisering
Specialisatie van taken	weinig specialisatie	veel horizontale specialisatie	veel horizontale specialisatie
Training en formalisatie van gedrag	weinig	veel training weinig formalisatie	veel training veel formalisatie
Planning en controle	weinig	weinig	in toenemende mate
Belang van informele communicatie	significant	significant, met name voor bestuur	significant, maar moeilijker te realiseren
Besluitvorming	top-down	bottom-up	mengvorm
Technisch systeem	eenvoudig, niet regulerend	niet-regulerend of niet-geavanceerd	niet-regulerend of niet-geavanceerd
Omgeving	eenvoudig, dynamisch	complex en stabiel	relatief eenvoudig en stabiel

Het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht voldoet eveneens aan de kenmerken van een (interorganisatoneel) netwerk. Netwerken zijn verzamelingen van min of meer samenwerkende organisaties. In het HAM zijn dat de Rijksuniversiteit Limburg enerzijds en de individuele huisartspraktijken (solo-praktijken, maatschappen, stichtingen e.d.) anderzijds. De deelnemende organisaties behouden hun eigen organisatievorm, terwijl het netwerk zelf ook een organisatievorm ontwikkelt. Het HAM kan dan ook gezien worden als een "loosely coupled organisation"<sup>16</sup> oftewel een "organisatie van de tweede graad"<sup>4</sup>.

Aan het belangrijkste kenmerk van "**interorganisatonele samenwerking**" wordt eveneens voldaan. Het samenwerkingsdoel overlapt slechts ten dele de afzonderlijke doelen van de deelnemende partijen.

De huisartsen nemen deel aan het netwerk ter realisatie van uiteenlopende doelen, zoals "het leveren van een bijdrage aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de discipline huisartsgeneeskunde" of "het opleiden van toekomstige collega's in de gezondheidszorg". Ook vergroting van de eigen deskundigheid is een erkend doel.

De universiteit kent als primaire doelstellingen onderwijs, onderzoek, ontwikkeling

van patiëntenzorg en maatschappelijke dienstverlening. Om deze doelen te kunnen realiseren is het voor een vakgroep huisartsgeneeskunde gewenst vrij direct toegang te hebben tot het eigen werkveld der praktizerende huisartsen.

De keuze voor het geraamte van de interorganisationale samenwerking sluit het meest aan bij de "**netwerktheorie**". De typering van deze theorie als een dynamische samenwerking tussen de interne, eigen organisatiestructuur van de beide partijen en de externe (netwerk)structuur is algemeen voelbaar. Eveneens is permanente onrust merkbaar, aangezien de samenwerkingsdoelen zelden kunnen prevaleren boven de eigen primaire doelen. Planning en uitvoering van onderwijs en onderzoek wordt weliswaar door de huisarts zeer belangrijk gevonden, maar krijgt altijd een lagere prioriteit dan de primaire patiëntenzorg-taak. Rivaliteit en samenwerking gaan dan ook hand in hand.

Redenen om de interorganisationale samenwerking in netwerkvorm aan te gaan kunnen zowel vanuit de "**ruiltheorie**" als de "**coalitietheorie**" omschreven worden.

De **ruiltheorie** is direct herkenbaar. De opbrengst van de samenwerking in het netwerk zou voor beide partijen niet gerealiseerd kunnen worden zonder deze samenwerking. De stabiliteit van de samenwerking is in hoge mate afhankelijk van de wederkerigheid (gelijkwaardigheid) van de partijen. De universiteit zal moeten onderkennen dat de zeggenschap over de zorg in het netwerk bij de uitvoerende professionals (de geacademiseerde huisartsen) ligt, terwijl de huisarts zal moeten inzien dat de universitaire vakgroep in termen van concept-ontwikkeling, inhoudelijke wetenschappelijke programmering, financiering en besturing een beslissende rol speelt. Reductie van machtsverschillen ten behoeve van een evenwichtige samenwerking is een belangrijk aandachtspunt. In de ruiltheorie zijn de ruilobjecten vaak moeilijk te kwantificeren. Bevordering van de eigen deskundigheidsontwikkeling van de huisarts door participatie aan onderwijs wordt weliswaar door de huisartsen ervaren, maar is zeer moeilijk in maat en getal weer te geven. De aanwezigheid van studenten in de huisartspraktijk kan aanleiding geven tot creatieve discussies over de inhoud van het vak, die anders niet gevoerd zouden worden.

Ook de **coalitietheorie** lijkt van toepassing op de samenwerking tussen vakgroep huisartsgeneeskunde en huisartsen in academische netwerken. De huisartsgeneeskunde heeft als klinische discipline, evenals de klinische disciplines in de ziekenhuizen, grote behoefte aan ontwikkeling en verdieping, niet alleen door onderwijs en onderzoek, maar ook door directe en indirecte ontwikkeling van de patiëntenzorg. Het academiseringsconcept is algemeen geaccepteerd in de ziekenhuisomgeving, terwijl dat nog niet het geval is bij de extramuraal werkende klinische disciplines. Door het verband tussen de universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde en de beroepsgroep huisartsen is er in de afgelopen jaren waardering ontstaan voor de noodzaak van academisering van deze discipline. De coalitie heeft in dit verband derhalve effectief gefunctioneerd. De coalitie was met name gericht op erkenning vanuit de hoek van de beleidsmakers (ministerieel, universitair), alsmede vanuit de (academische) ziekenhuizen. Inmiddels lijkt het erop dat in de lokale situatie aan de Rijksuniversiteit Limburg het geïmplementeerde huisartsgeneeskundige academiseringsconcept geaccepteerd is.

## Soorten netwerken

Het HAM vertoont de meeste overeenkomsten met het concept van een zogenaamd uitwisselingsnetwerk, een netwerk dat berust op min of meer duurzame relaties tussen verschillende organisaties, waarbinnen transacties plaatsvinden. Transacties omvatten dan niet alleen het ruilen van goederen, maar vaak juist diensten-uitruil. Beide partijen zijn complementair aan elkaar, ook wel symbiotische interdependentie genoemd. Hoewel het netwerk, zoals eerder vermeld, wellicht ook mede berust op coalitie-kenmerken, draagt het uitwisselingsgedrag (de ruil) waarschijnlijk nadrukkelijker bij aan het ontstaan van het geacademiseerde netwerk.

De **strategie**, gedefinieerd als de resultante van de belangrijkste gemeenschappelijke redenen van de organisaties om tot samenwerking in een netwerk te komen, wordt door Van der Krogt<sup>9</sup> verklaard aan de hand van vijf mogelijke opties, te weten:

- het maken van winst;
- het verhogen van de dienstbaarheid aan de cliënt;
- het simpelweg overleven;
- het behouden of vergroten van macht;
- het (verder) ontwikkelen van kennis en vaardigheden.

In geacademiseerde netwerken, zoals het HAM, lijkt het met name te gaan om verdere ontwikkeling van kennis en vaardigheden in het betreffende vakgebied, in dit geval de huisartsgeneeskunde. Dit wordt ook wel de strategie van de waarde van het vak genoemd.

Kijkend naar de door Können, Wassenberg en Godfroy<sup>5, 8, 15</sup> gehanteerde "**speltypen**" lijkt het voor de hand te liggen het spel in het HAM te verklaren aan de hand van het speltype coöperatie of samenwerking. In dit speltype worden de gemeenschappelijke doelstellingen, dan wel de wederzijdse voordelen gerealiseerd door onderlinge afstemming tussen de deelnemende organisaties. De andere speltypen, zoals competitie, competitiebeperking, strijd en conflictbeheersing, lijken nauwelijks relevant voor de verklaring van het spel van geacademiseerde netwerken. Coalitievorming heeft als speltype wellicht enige betekenis. Zoals bij de coalitietheorie reeds aangegeven is kan de interdependentie tussen de netwerkpartijen van het HAM mede verklaard worden aan de behoefte aan bescherming of afscherming jegens andere actoren. Soms lijkt het speltype "schimmenpel" aan de orde; de netwerkpartijen zijn zich bewust van hun interdependentie, maar er is niet altijd een duidelijk zicht op hetgeen zij te winnen of te verliezen hebben. Dit geldt het meest voor de deelnemende huisartsen, voor wie de deelname berust op moeilijk meetbare motieven, zoals "het vak vooruit helpen", "toekomstige collega's opleiden" of "de eigen deskundigheid verder ontwikkelen". Voor de universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde ligt dit duidelijk anders. Studenten vinden een "werkplaats" voor praktisch medisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde, medewerkers kunnen actief participeren aan de dagelijkse patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek wordt in hoge mate gefaciliteerd. De winst voor de deelname aan het netwerk is niet alleen direct zichtbaar, maar ook goed meetbaar.

Om onrust in het netwerk te voorkomen is het van groot belang aandacht te besteden aan de coördinatie en de beheersing van de taakuitoefening. De door Mintzberg<sup>10</sup> geïntroduceerde coördinatiemechanismen worden in het HAM naast elkaar gebruikt.

*Onderlinge aanpassing* via informele communicatie is met name in het ontwikkelings-traject van groot belang geweest, maar speelt nog steeds een belangrijke rol.

*Direct toezicht* lijkt minder relevant, mede doordat de participerende praktijken op geografische afstand van de universiteit hun werkzaamheden verrichten. Toch wordt door de aanwijzing van een hoogleraar, met de portefeuille academisering, de eindverantwoordelijkheid in principe bij één persoon gelegd. Ook de jaarlijkse praktijkbezoeken hebben het karakter van toezicht, in combinatie met het geven van instructies en het bewaken van de werkzaamheden.

*Standaardisatie van werkprocessen*, waarbij de inhoud van het werk wordt gespecificeerd of geprogrammeerd, vindt eveneens plaats. In het praktisch medisch onderwijs bijvoorbeeld wordt uitgebreid aandacht besteed aan de wijze waarop de huisarts de rol van "opleider" zou moeten vervullen. In het wetenschappelijk onderzoek wordt eveneens veel aandacht besteed aan de wijze waarop de huisarts zijn bijdrage aan het onderzoek moet vervullen.

*Standaardisatie van output* is recentelijk bij de registratiewerkzaamheden van de geacademiseerde huisartspraktijken geïntroduceerd. De resultaten van het werk zijn gespecificeerd in de vorm van aantallen op een juiste wijze te registreren patiëntgegevens. Ook bij de beoordeling van het wetenschappelijk onderzoek (ook in het kader van het academiseringsnetwerk) wordt in toenemende mate gekeken naar de output in de vorm van artikelen in relatie tot de ingezette capaciteit.

*Standaardisatie van vaardigheden en kennis* is het meest gehanteerde coördinatie-mechanisme. Naast algemene trainingen op het gebied van didactiek, wetenschappelijke vorming, methodologie en statistiek, vinden er per specifiek project aparte introductietrainingen plaats. Gedacht kan worden aan voorlichtings-, introductie- en voortgangsbijeenkomsten van onderzoeksprojecten, (meerdaagse) workshops van projecten op het gebied van praktisch medisch onderwijs en trainingen georganiseerd door en voor de huisartsen van registrerende huisartspraktijken.

Ook de **transactiekostentheorie** is van belang voor de verklaring van bepaalde aspecten van het HAM. In de aanloopfase van het HAM is er veel tijd besteed aan de ontwikkeling van "volledige contracten". Toen het vrijwel onmogelijk bleek alle mogelijke omstandigheden in een contract onder te brengen is op pragmatische wijze gekozen voor een concept van algemene, langlopende contracten in combinatie met jaarlijkse werkplannen. De contracten kunnen gedefiniëerd worden als onvolledige contracten, aangezien slechts de hoofdlijnen van de samenwerking in het netwerk nader zijn gedefiniëerd. Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat de ontwikkeling en instandhouding van academische netwerken hoge investeringen vraagt. Naast de in hoofdstuk 3 beschreven directe "transactiekosten", zoals salarissen, investeringen in bouw en investeringen in (computer)apparatuur, zijn er kosten samenhangende met het opstellen en onderhouden van de contracten, het onderhouden van de contacten, het toezicht houden op de taakuitoefening, de organisatie van workshops en de bestuurlijke en beleidsmatige sturing van het netwerk. De jaarlijkse kosten van het HAM bedragen met inbegrip van de hierboven genoemde "indirecte" transactiekosten in ieder geval Fl. 1.500.000.=, hetgeen een aanzienlijke investering genoemd kan worden. In het kader van de transactiekostentheorie vinden de transacties plaats middels de "eenvoudige marktorganisatie". In beginsel gelijkwaardige partijen komen in deze organisatievorm tot ruil van goederen, diensten of gunsten.

Afhankelijk van de zekerheid over het nakomen van de gemaakte afspraken en van de hoogte van de investeringen komt Williamson tot drie contractvormen, te weten korte termijn contracten, lange termijn contracten en verticale integratie<sup>17</sup>.

Bij hoge investeringen worden afhankelijk van de mate van onzekerheid over het nakomen van de afspraken de lange termijn contracten of verticale integratie voorgesteld. In het HAM is er sprake van relatief hoge investeringen. In hoofdstuk 3 is reeds aangegeven dat gekozen is voor een systeem van langdurige contracten, met de mogelijkheid voor de geacademiseerde huisartsen om in dienst te treden van de universiteit. Door deze aanstellingen komen de transacties als het ware binnen de organisatie van de universiteit te liggen (verticale integratie). De in het HAM gekozen systematiek komt dan ook overeen met de voorgestelde contractvormen in de transactiekostentheorie.

Tenslotte wordt een recentere visie, de zogenaamde **agency theorie**<sup>3, 6, 8, 13</sup> beschreven. Daarin wordt de relatie tussen twee personen (partijen), een "principal" en een "agent", die namens de principal besluiten neemt, verhelderd. Één van de specifieke vormen van de agency-theorie gaat uit van de situatie dat de principal (de universiteit) slechts enkele signalen ontvangt over het kwalitatief en kwantitatief functioneren van de agent (de geacademiseerde huisarts). Er is geen directe controle of beïnvloeding mogelijk of wenselijk. De centrale vraag in de agency theorie betreft de inrichting van de beloningsstructuur voor de agent.

In het HAM is oorspronkelijk gekozen voor vaste salarissen voor de betrokken geacademiseerde huisartsen (wage contract), ongeacht de prestatie. Toen bleek dat een belangrijk nadeel van deze beloningsvorm, namelijk het ontbreken van een "incentive" voor de huisarts, door de huisartsen als zodanig ervaren werd, is onderzocht welke deeltaken op een andere manier beloond konden worden. Met name de meetbaarheid van de prestatie was hierbij van groot belang. De registratie van (geanonimiseerde) patiëntgegevens bleek een geschikte deeltaak te zijn voor een aangepaste beloningsswijze. Voor deze taak is dan ook een "prestatie-beloning" afgesproken, waarbij het aantal op een juiste wijze geïnccludeerde patiënten bepalend is voor de uiteindelijke beloning. Er is hier dus geen sprake van een forcing contract, aangezien er in principe geen minimum prestatieniveau is vastgesteld.

Overigens geeft de bestudering van de economische organisatie-theorieën aanleiding tot een korte toevoeging op de in paragraaf 3.5.3. gepresenteerde beloningssystemen van het HAM. Er wordt hier gesproken van vier beloningssystemen, te weten:

- prestatie tegen salaris;
- prestatie tegen prestatie;
- prestatie tegen geld;
- outputfinanciering

De eerste drie genoemde beloningen wekken de indruk gekoppeld te zijn aan het te leveren prestatieniveau, hetgeen nadrukkelijk niet het geval is. Het is dan ook beter voortaan te spreken van taakafhankelijke beloningssystemen, waarbij de uitoefening van een specifieke taak wordt gecompenseerd met respectievelijk een vast salaris, een waarnemer in de praktijk of een vaste (onkosten)vergoeding.

Bij outputfinanciering is er wel sprake van prestatiebeloning.

## 5.8 Samenvatting en conclusie

In de literatuur worden veel theorieën aangetroffen, die van toepassing kunnen zijn voor de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsmodellen. In hoofdstuk 2 is de literatuur beschreven zoals aangetroffen in voornamelijk de geneeskundige vakliteratuur, terwijl hoofdstuk 5 een onderbouwing biedt vanuit de organisatiekundige invalshoek.

Geconcludeerd mag worden dat de beschreven theorieën belangrijke informatie geven over de mogelijkheden van en valkuilen bij de ontwikkeling van academiseringsnetwerken. Daarbij biedt de ene theorie meer aanknopingspunten dan de andere. Een dilemma is gelegen in het hanteren van de verhouding tussen de twee partijen. Daar waar de ene partij (de universiteit) de financiële middelen inbrengt, bestaat er een bijna natuurlijke drang de academiseringsprocessen eenzijdig te gaan beheersen, hetgeen de stabiliteit van het netwerk niet ten goede komt. Ook in de theorieën wordt dit dilemma aangetroffen.

De ervaring leert dat het streven naar inhoudelijke en bestuurlijke gelijkwaardigheid tussen universiteit en het geacademiseerde huisartsenveld de meeste garantie geeft voor inhoudelijk succes en stabiliteit van het academiseringsnetwerk. Hoofdstuk 6 en 7 gaan hierop dieper in en bieden hierover empirisch materiaal.

Sturing van het academiseringsproces met behulp van een "bestuursapparaat" bestaande uit universitair verantwoordelijken en (geacademiseerde) huisartsen en met erkenning van elkaars rol geeft een zekere waarborg voor het op professionele wijze hantieren van het beschreven dilemma.

Retrospectieve beschouwing van het Maastrichtse academiseringsmodel aan de hand van de organisatorische literatuur levert een vijftal relevante theorieën op. Deze theorieën geven elk op hun eigen wijze inzicht in het proces van de academisering van de huisartsgeneeskunde. Een samenvatting van deze theorieën wordt in schema 5.2 gegeven.

Elk van de theorieën gaat in op bepaalde onderdelen van samenwerkingsrelaties.

Mintzberg<sup>10</sup> bespreekt de diverse typen van organisaties, de situationele factoren van die organisaties en de wijze waarop coördinatie plaatsvindt. Het positioneren van de universiteit aan de hand van de *theorie van Mintzberg*<sup>10</sup> geeft belangrijke inzichten ook voor de inrichting van het academiseringsnetwerk.

Andere theorieën behandelen de wijze waarop partijen samenwerking vinden (*inter-organisationale samenwerking*) en de redenen waarom partijen tot samenwerking besluiten. De *netwerkteorie* besteedt aandacht aan het "geraamte" van de samenwerkingsrelatie.

De *transactiekostentheorie* en de *agency-theorie* tenslotte benadrukken de wijze waarop het transactie- of ruilproces optimaal kan plaatsvinden, hoe er toezicht kan zijn op de naleving van de afspraken en welke contractvormen in verschillende situaties gehanteerd kunnen worden.

Er is geen hiërarchie in deze theorieën aanwezig; de ene is a priori niet belangrijker dan de ander.

Indien de theorieën afgezet worden tegen het reeds gerealiseerde Huisarts-



## 5.9 Literatuur

- 1  
Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter: een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Groningen : Faculteit Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1988
- 2  
Botter CH. Industrie en organisatie; een verkenningstocht. Kluwer/NIVE, 1970
- 3  
Douma S, Schreuder H. Economic approaches to organizations. Prentice Hall International Ltd. United Kingdom, 1992
- 4  
Gils MR van. De organisatie van organisaties. M&O Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid 1978; 32: 9-31
- 5  
Godfroij A. Netwerken van organisaties; Strategieën, spelen, structuren. VUGA-uitgeverij. Den Haag, 1981
- 6  
Groot TLM. Management van universiteiten; een onderzoek naar de mogelijkheden voor doelmatig en doeltreffend universitair bestuur. Wolters-Noordhoff. Groningen, 1988
- 7  
Hendrikse GWJ. Coördineren en motiveren, een overzicht van de economische organisatie-theorie. Academic service, economie en bedrijfskunde. Schoonhoven, 1993
- 8  
Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie: Theorie en toepassing. H.E. Stenfert Kroese BV. Leiden/Antwerpen, 1985
- 9  
Krogt ThWPM van der, Vroom CW. Organisatie in beweging. Lemma bv. Utrecht, 1991
- 10  
Mintzberg H. Organisatiestructuren. Prentice Hall-Academic Service. Schoonhoven, 1994
- 11  
Mulder JD. Academische werkplaats eerstelijns gezondheidszorg. Med Contact, 1982; 26: 761-3
- 12  
Rapport van de Commissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983
- 13  
Scapens RW. Management Accounting: A review of recent developments. McMillan Education Ltd. United Kingdom, 1987
- 14  
Schieman CJ. Beheersing van bedrijfsprocessen. H.E. Stenfert Kroese. Leiden, 1975
- 15  
Wassenberg A. Netwerken: organisatie en strategie. Boom Meppel. Amsterdam, 1980

16

Weick KE. Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly* 1976: 1-19

17

Williamson OE. *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*. Free Press. New York, 1975

18

Williamson OE. The economics of organization: the transaction cost approach. *American Journal of Sociology* 1981; 548-77

19

Zwaan AH van der. Netwerken: samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg. In: Maarse JAM, Mur-  
Veeman IM (red). *Beleid en beheer in de gezondheidszorg; Problemen, structuren, processen en effecten*.  
Van Gorcum. Assen, 1990: 411-25

20

NHG-standaarden voor de huisarts. Rutten GEHM, Thomas S (red). Bunge. Utrecht, 1993

Самое же главное — это то, что...

Вот так же...

и так же...

...

Самое же главное — это то, что...

Вот так же...

Самое же главное — это то, что...

## HOOFDSTUK 6

# ACADEMISERING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

**Onderzoek naar de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland; wat is het doel, de definitie en de kwantitatieve en kwalitatieve omschrijving van zo'n netwerk?**

**R.J.J. Kocken**

Hoofd Coördinatiebureau Eerste Lijn  
Beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde  
Rijksuniversiteit Limburg

**J.S. Meijer**

Universitair docent vakgroep huisartsgeneeskunde  
Universiteit van Amsterdam  
Tevens huisarts te Amsterdam

**F.E.M. Ooms**

Huisarts te Zwammerdam, verbonden aan de vakgroep  
huisartsgeneeskunde / Rijksuniversiteit Leiden

**P.E.L.M. Smeets-Rinkens**

Onderzoeks-assistent vakgroep huisartsgeneeskunde  
Rijksuniversiteit Limburg

### Verantwoording

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een landelijk onderzoek zoals dat door de projectgroep "Evaluatie Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken" in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) werd uitgevoerd.

De belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn gepubliceerd in Med Contact 1992 (47); 26: 811-4.

## 6.1 Inleiding

De huisartsgeneeskunde in Nederland heeft zich de afgelopen decennia als wetenschappelijke discipline ontwikkeld. Het draagvlak voor een dergelijke ontwikkeling wordt niet alleen gevonden bij de universitaire huisartsgeneeskundige instituten, maar ook bij de praktiserende huisartsen "in het veld". Het is dan ook niet vreemd dat het begrip "Academisering van de huisartsgeneeskunde" steeds meer aandacht krijgt, als parallelle ontwikkeling naast de verdere uitbouw van academische ziekenhuizen. Ook vanuit het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) is er toenemende aandacht voor dit proces, hetgeen geleid heeft tot subsidiëring van een nationaal project, genaamd de "Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken". Onder begeleiding van de BAEG (Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezond-

heidszorg)<sup>1,2,3,4,5</sup> werd door een projectgroep gewerkt aan de theoretische onderbouwing en de praktische uitwerking en invoering van academische netwerken huisartsgeneeskunde. Onderdeel van de werkzaamheden van deze projectgroep was de ontwikkeling en de uitvoering van een landelijke enquête naar doel, definitie en omschrijving van deze academische netwerken. Zowel stafleden van vakgroepen huisartsgeneeskunde als (potentiële) huisartsen van het netwerk werden ondervraagd. Dit artikel beschrijft de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek.

Doelstelling was de beschrijving van de doelstellingen, de definitie en de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van een geacademiseerd huisartsgeneeskundig netwerk. De volgende vragen werden bestudeerd:

- Bestaan er verschillen in inzicht tussen de huisartsgeneeskundige universitaire vakgroepen en de praktizerende huisartsen inzake de noodzaak en de uitwerking van een geacademiseerd netwerk?
- Hoe moet naar het oordeel van betrokkenen een dergelijk netwerk tot stand worden gebracht; hoe is de verhouding tussen de diverse partijen, wie voert de selectie van de deelnemende huisartsen uit en op basis van welke criteria gebeurt dit?
- Welke inhoudelijke activiteiten kunnen bij uitstek worden uitgevoerd in het kader van een geacademiseerd netwerk?

## 6.2 Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête, bestaande uit vragen naar zowel de infrastructuur als de inhoud van een geacademiseerd netwerk. Het merendeel van de gestelde vragen kon worden beantwoord in de ja/nee vorm, terwijl er bij een beperkt aantal vragen naar de voorkeur voor één of meer antwoordmogelijkheden werd gevraagd. Aangezien het de bedoeling was een duidelijk beeld te krijgen over de opvattingen van richtinggevende personen onder zowel stafmedewerkers als praktizerende huisartsen werd aan elk van de 8 nederlandse vakgroepen huisartsgeneeskunde gevraagd de schriftelijke enquête te verspreiden onder 5 sleutelfiguren in de staf (bij voorkeur de hoogleraar-voorzitter, coördinator huisartsopleiding, coördinator onderwijs, coördinator onderzoek en de beheerder) en 5 daadwerkelijke dan wel (bij vakgroepen die nog geen netwerk hadden) potentiële netwerk-huisartsen. De selectie van de huisartsen vond plaats door het staflid van de betreffende vakgroep huisartsgeneeskunde, belast met de samenwerking van de vakgroep met het praktizerende veld. Op deze wijze werd de enquête verspreid over in totaal 80 personen (40 stafleden en 40 praktizerende huisartsen).

De statistische analyse van de verschillen tussen de stafleden en huisartsen vond plaats door middel van de chikwadraat-toets voor onafhankelijke steekproeven in geval van categorische variabelen. Er werd telkens tweezijdig getoetst, met een significantiedrempel van 0.05.

## 6.3 Resultaten

### 6.3.1 Respons

De enquête werd door in totaal 59 participanten teruggestuurd, hetgeen een totaal respons van 74% betekent. Van de (potentiële) netwerkartsen reageerden in totaal 25 geenquêteerden (63%), terwijl de stafleden een respons gaven van 85% ( $n=34$ ).

### 6.3.2 Omschrijving academisering

Met de door de projectgroep gegeven omschrijving van academisering (de gestructureerde/geïstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van de integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg) was een ruime meerderheid het eens (77%).

Alhoewel de definitie van academisering huisartsgeneeskunde op hoofdlijnen wordt ondersteund, geven vele respondenten aan de definitie te willen uitbreiden. Met name over de noodzaak tot integratie van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs worden vragen gesteld. In ieder geval wordt aan de definitie toegevoegd "met behoud van ieders verantwoordelijkheid".

### 6.3.3 Infrastructuur academisering

#### Positie der partijen

In elk netwerkmodel is het belangrijk te bepalen hoe de diverse deelnemers in het netwerk zich tot elkaar verhouden. In het geacademiseerde netwerk huisartsgeneeskunde gaat het dan primair om de verhouding tussen de universitaire vakgroepen en de deelnemende huisartsen.

Wat betreft de positie van deze 2 partijen in het netwerk bestaat zowel bij de huisartsen als bij de stafmedewerkers een voorkeur voor een gelijkwaardige positie.

Opvallend is in dit verband dat 24% van de stafmedewerkers van mening is dat de vakgroep/universiteit centraal zou moeten staan, terwijl slechts 4% van de huisartsen vindt dat de huisartsgroep zelf centraal zou moeten staan ( $p=0.04$ ).

Met betrekking tot de wijze waarop deze gelijkwaardigheid gerealiseerd zou kunnen worden bestaat een lichte voorkeur voor de aanstelling van de netwerk-huisartsen bij de universiteit. Echter ook de andere opties scoren hoog. Het geven van een vertegenwoordigerszetel aan de huisarts in het bestuur van de vakgroep scoort 34%, terwijl de stichtingsvorm in 37% van de gevallen als ideaal beschouwd wordt.

#### Selectie en selectie-criteria (Tabel 6.1)

Over de vraag wie de selectie van de in het netwerk deelnemende huisartsen mag uitvoeren, bestaat nauwelijks verschil van mening. Van de ondervraagden vindt 66% dat een delegatie van de huisartsengroep en de vakgroep dat zou moeten doen, terwijl

slechts 33% van mening is dat de vakgroep de selectie geheel zou kunnen uitvoeren. Selectie door een onafhankelijk bureau is geen gewaardeerde optie.

Als belangrijkste selectie-items worden door beide partijen genoemd een aantoonbare motivatie van de huisarts en reeds eerder opgedane ervaring met wetenschappelijke taken. Als aanvullend selectie-item werd door een beperkt aantal ondervraagden (bereidheid tot) automatisering van de praktijk genoemd.

**Tabel 6.1 Selectie van huisartsen in het academiseringsnetwerk**

	huisarts n=25		stafleden n=34		totale groep n=59	
<b>Wie zou de selectie van deelnemende huisartsen moeten uitvoeren?</b>	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Een delegatie van de potentiële huisartsen	--	--	--	--	--	--
De huisartsgeneeskundige vakgroep/ het huisartsgeneeskundige instituut	8	32	10	29	18	31
Een delegatie van beide hierboven genoemde partijen	15	60	23	68	38	64
Een onafhankelijke instantie/bureau	1	4	--	--	1	2
<b>Welke selectie-criteria zijn belangrijk?</b>						
De geografische spreiding van het totale netwerk	12	48	16	47	28	47
Populatie-omvang en samenstelling van de populatie van de praktijk(en)	10	40	16	47	26	44
De aantoonbare motivatie van de huisarts	19	76	30	88	49	83
De aantoonbare ervaring met wetenschappelijke taken, opleiding en patiëntenzorg	17	68	26	76	43	73

*(Geen van de verschillen in deze tabel is statistisch significant)*

Dat er aan de deelnemende praktijken eisen moeten worden gesteld is voor vrijwel iedereen evident (92%).

Het is echter ingewikkeld een pakket van zogenaamde ingangseisen, te stellen aan de potentiële geacademiseerde huisarts, te formuleren.

Toch blijkt er vrij brede steun voor de in tabel 6.2 beschreven ingangseisen.

**Tabel 6.2 Belangrijkste ingangseisen voor academisering huisartsgeneeskunde (Percentage van aantal respondenten)**

Ingangseis	huisartsen (n=25)	stafleden (n=34)	totale groep (n=59)
Bereidheid tot automatisering van de huisartspraktijk	92	88	90
Werken volgens basistakenpakket	80	88	85
Bereidheid tot onderlinge toetsing	80	76	78

*(Geen van de verschillen in deze tabel is statistisch significant)*

### Argumentatie om deel te nemen aan een netwerk

Ook over de argumentatie van de huisarts om deel te nemen aan een geacademiseerd netwerk bestaat een eenduidig beeld. De huisarts zou moeten deelnemen vanwege een wetenschappelijke interesse (88 %), affiniteit met de taken van een dergelijk netwerk (76 %) en de te verwachten verbetering van de eigen zorgverlening (83 %). Tabel 6.3 beschrijft de belangrijkste argumenten van de huisartsen om deel te nemen aan een academiseringsnetwerk.

De universiteit zou aan een dergelijk netwerk moeten participeren om de inzet van praktizerende huisartsen in onderwijs en onderzoek (verder) te structureren.

**Tabel 6.3 Argumentatie om deel te nemen aan het academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde**

Argument	Score van de huisartsen n=25		Score van de stafleden n=34		Score van de totale groep n=59	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
Wetenschappelijke interesse	22	88	30	88	52	88
Professionele carrière	8	32	16	47	24	41
Affiniteit tot het takenpakket van de geacademiseerde huisarts	16	64	29	85	45	76
Idealisme (om de discipline huisartsgeneeskunde verder te ontwikkelen)	12	48	17	50	29	49
Geldelijke vergoeding	4	16	11	32	15	25
Verbetering van de eigen zorgverlening	22	88	27	77	49	83

*(Geen van de verschillen in deze tabel is statistisch significant)*



## Contracten

93% van de respondenten is van mening dat de verhouding tussen de huisarts en de universiteit in een contract nader geformaliseerd zou moeten worden, waarbij de deelnemende huisartspraktijken geheel zelfstandig moeten kunnen blijven functioneren. Slechts een minderheid van de ondervraagden is van mening dat de praktijken gedeeltelijk dan wel geheel eigendom van de universiteit zouden moeten zijn/worden.

De meest gewenste wijze van vergoeding bestaat uit een combinatie van ruil van menskracht tegen menskracht (de praktizerende huisarts vervult taken voor het universitaire instituut, terwijl het instituut een medewerker uitleent voor de dagelijkse patiëntenzorg) en een geldelijke vergoeding (64 %).

De respondenten hebben een voorkeur voor een contractduur van niet langer dan 5 jaar. Opvallend in dit verband is het feit dat de huisartsen meer neigen naar langer lopende overeenkomsten, terwijl de stafleden een voorzichtiger beleid voorstaan. Het geacademiseerde huisartsnetwerk zou bij voorkeur tussen de 5 en 15 praktijken moeten omvatten, waarbij elke praktijk zich zou moeten kunnen concentreren op één van de hoofdta-ken onderwijs, onderzoek of innovatie van patiëntenzorg.

## 6.3.4 Opleiding

Overwogen moet worden in hoeverre huisartsen bij deelname aan een geacademiseerd netwerk aanvullend opgeleid moeten worden. Ook dienaangaande werden in deze enquête vragen gesteld. Volgens de respondenten moeten op de volgende gebieden aanvullen- de opleidingen georganiseerd worden:

**Tabel 6.4 Noodzakelijke aanvullende opleidingen voor geacademiseerde huisartsen (percentages van het aantal respondenten)**

Type opleiding	huisartsen (n=25)	stafleden (n=34)	totale groep (n=59)
Automatisering / registratie	68	82	76
Wetenschappelijk vorming	68	82	76
Didactiek	76	82	79

*(Geen van de verschillen in deze tabel is significant)*

## 6.3.5 Knelpunten

Als centrale knelpunten in de totstandbrenging van een geacademiseerd huisartsnet- werk worden het tijdsprobleem van de huisarts en het gebrek aan afstemming van de honoreringsstructuren van de gevestigde en de universitair werkende huisarts genoemd. Opvallend is bovendien dat ook de positie van de vakgroepen huisartsgeneeskunde binnen de diverse faculteiten in 42 % van de gevallen nog steeds als mogelijk knelpunt genoemd wordt.

(Tabel 6.5.)

**Tabel 6.5 Knelpunten bij de ontwikkeling van de academiseringsnetwerken huisartsgeneeskunde**

Geconstateerde knelpunt	Score huisarts n=25		Score stafleden n=34		Score totale groep n=59	
	absoluut	%	absoluut	%	absoluut	%
De inrichting van de gezondheidszorg maakt de opbouw van deze netwerken bij voorbaat kansloos	2	8	3	9	5	8
De huisarts heeft onvoldoende tijd en gelegenheid om de academische taken uit te kunnen voeren	16	64	14	41	30	51
De honoreringsstructuren (universiteit versus huisarts) zijn onvoldoende op elkaar afgestemd	14	56	20	59	34	58
De positie van de vakgroep huisartsgeneeskunde in de faculteit/universiteit	9	36	10	29	19	32

(Geen van de verschillen in deze tabel is significant)

### 6.3.6 Inhoudelijke aspecten

#### Onderwijs

Alle in de enquête genoemde academische taken in het kader van patiëntenzorg scoren hoog. Een geacademiseerde praktijk is bij uitstek geschikt voor demonstraties, als modelpraktijk en voor het gebruik van patiëntengegevens.

In het kader van het kennismakingsonderwijs in het basiscurriculum lijkt de geacademiseerde praktijk zeer geschikt ten behoeve van het maken van video-opnames van het spreekuur, meeloopdagen, oriëntatie in de eerste lijn en thuiszorg, demonstraties van automatisering en demonstraties van patiënten op de colleges.

Wat betreft het vaardigheidsonderwijs is de praktijk te gebruiken voor de co-schappen, voor keuze-onderwijs en ten behoeve van het trainen en eventueel toetsen van vaardigheden voor het artsexamen.

Wat betreft de huisartsopleiding kan de geacademiseerde praktijk met name ingezet worden voor video-toepassingen (contact tussen patiënt-huisarts in opleiding (HAIO)).

#### Onderzoek

In het kader van het wetenschappelijk onderzoek dienen de praktijken volgens de respondenten bij voorkeur te participeren aan de in tabel 6.6 beschreven onderzoeks-terreinen.

**Figuur 6.6 Voorkeuren op het gebied van wetenschappelijk onderzoek in het kader van een academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde. (Percentages van het aantal respondenten)**

Onderzoek op het terrein van:	totale groep (n=59)	huisartsen (n=25)	stafleden (n=34)
Kwaliteitsbevordering en -bewaking	69	76	64
Protocollaire werkwijze / standaarden	68	72	64
Registratie van klachten en verrichtingen	59	68	55
Verwijzingen	58	72	45
Huisartsgeneeskundig handelen	47	52	46

#### 6.4 Verschillen tussen stafleden en praktizerende huisartsen.

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat de praktizerende huisartsen en de universitair werkende huisartsen overeenkomstige meningen hebben over de noodzaak, het doel en de inhoud van het academiseringsproces. Significant verschillend wordt er gedacht over 2 zaken:

- hoewel een meerderheid van zowel praktizerende huisartsen als stafleden van mening is dat beide partijen in een geacademiseerd netwerk een gelijkwaardige positie zouden moeten hebben, is de mate van ondersteuning voor deze gelijkwaardigheid significant verschillend. Met name stafleden geven in redelijke omvang steun aan een andere verhouding tussen beide partijen, namelijk die waarbij de universiteit centraal staat ( $p=0.04$ ).
- de stafleden vinden "de motivatie van de deelnemende huisarts om deel te nemen aan een netwerk" als ingangseis voor opname in een academiseringsnetwerk significant vaker belangrijk dan de huisartsen zelf ( $p=0.04$ ).

#### 6.5 Beschouwing

Het onderzoek kent een aantal beperkingen; de belangrijkste betreft de grote verschillen tussen de diverse universitaire vakgroepen op het gebied van onderwijs-, onderzoek- en academiseringsbeleid. Sommige vakgroepen hadden reeds de beschikking over samenwerkingsnetwerken, terwijl andere huisartsgeneeskundige groepen nog in de planfase verkeerden.

Ook het aangeboden onderwijs en de gekozen onderzoeksthematieken verschillen sterk, hetgeen de totstandkoming van één landelijke enquête bemoeilijkt heeft. Toch geven de uitkomsten van het onderzoek inzicht in een aantal infrastructurele en inhoudelijke componenten van een academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde.

Ten aanzien van de ondervraagden het volgende. De onderzoekers hebben gekozen voor een onderzoekspopulatie bestaande uit daadwerkelijke dan wel potentiële net-

werkhuisartsen. Reden voor deze keuze was de bij deze huisartsen aanwezige voorkennis over het fenomeen academisering. Het gevaar is uiteraard dat een zekere selectie-bias optreedt, aangezien het doorgaans huisartsen betreft die reeds langere tijd met grote motivatie werkzaamheden verrichten voor en in samenwerking met de universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde. Een dergelijke selectievertekening is echter ook mogelijk wat betreft de benaderde stafleden, die geacht worden een sleutelfunctie met betrekking tot academisering te vervullen. De vergelijking tussen deze min of meer richtingbepalende groeperingen is daarom eerder meer dan minder relevant.

De door de projectgroep gegeven omschrijving van academisering (de gestructureerde/geinstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van de integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg) wordt onderschreven. Van belang wordt gevonden aan de definitie toe te voegen dat de samenwerking plaatsvindt met behoud van de eigen verantwoordelijkheden; de huisarts voor de patiëntenzorg en de vakgroep voor onderwijs, onderzoek en huisartsopleiding.

Het meest gewenste huisartsgeneeskundig academiseringsnetwerk bestaat uit 5-15 praktijken die contractueel voor 5 - 10 jaar aan de universiteit verbonden zijn. Er dient een gelijkwaardige positie tussen huisarts en universiteit in het netwerk bereikt te worden enerzijds door de huisarts aan te stellen bij de universiteit, anderzijds door de geacademiseerde huisartsen een vertegenwoordigingszetel in het bestuur van de vakgroep te geven.

De selectie van de deelnemende praktijken vindt bij voorkeur plaats door een delegatie van staf en huisartsen, waarbij motivatie en reeds opgedane ervaring met wetenschappelijke taken belangrijk worden gevonden. Beide groeperingen zijn van mening dat de huisartspraktijk geautomatiseerd moet zijn dan wel worden en dat de huisartsen moeten werken volgens het basistakenpakket en een bereidheid tot onderlinge toetsing moeten hebben.

De respondenten zijn van mening dat de huisarts gedifferentieerd moet worden ingezet voor óf onderwijs óf onderzoek óf patiëntenzorgontwikkeling. Inzet van de deelnemende huisarts op meerdere inhoudelijke terreinen leidt waarschijnlijk tot teveel versnippering. De beschikbare tijd van de huisarts wordt als probleem ervaren.

De geacademiseerde praktijk lijkt met name geschikt voor demonstraties, oriëntaties, vaardighedenonderwijs en automatisering/registraties. Het onderzoek zou zich moeten richten op het werken volgens protocollen/standaarden en onderzoek op het gebied van de kwaliteitsbewaking. De gedefinieerde onderzoekscategorieën bleken achteraf niet compleet; een categorie 'patiëntgebonden onderzoek' (de waarde van diagnostische tests en therapieën, prognoses en oorzaken van ziekte) ontbrak in het meetinstrument. Het is echter waarschijnlijk dat de respondenten dit type onderzoek hebben opgevat als onderdeel van de categorie "huisartsgeneeskundig handelen".

Beide respondentgroepen zijn van mening dat de aan het netwerk deelnemende huisartsen op specifieke terreinen verder geschoold dienen te worden. Deze scholing lijkt het meest gewenst op de terreinen didactiek, wetenschappelijke vorming (methodologie/statistiek) en automatisering, mede ten behoeve van medische verslaglegging en registratie-activiteiten.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er redelijke overeenstemming bestaat tussen betrokken huisartsen en stafleden over het doel, de definitie en de inhoudelijke omschrijving van een academiseringsnetwerk.

In een vervolgonderzoek zou meer aandacht besteed kunnen worden aan de stand van zaken en het draagvlak op het gebied van de nederlandse huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken.

## 6.6 Literatuur

- 1 Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in een netwerk, Verslag van een vragenlijstonderzoek. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 2 Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in zicht. Visies op de doelstellingen voor een netwerk. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 3 Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 4 Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in de huisartspraktijk. Eindrapport van de Projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken, Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 5 Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisartsgeneeskunde. BAEG 150, 1991

## HOOFDSTUK 7

# ONDERZOEK NAAR INHOUD, PROCES EN UITKOMST VAN DE ACADEMISERING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG

**R.J.J. Kocken**

Beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde  
Hoofd Coördinatiebureau Eerste Lijn

**M. Muris**

(Geacademiseerd) huisarts  
Gezondheidscentrum Neerbeek

**H.F.J.M. Crebolder**

Hoogleraar huisartsgeneeskunde

**J.A. Knottnerus**

Hoogleraar huisartsgeneeskunde

**P.E.L.M. Smeets-Rinkens**

Onderzoeksassistente vakgroep huisartsgeneeskunde

**J. Blommeart**

Universitair docent vakgroep Berichtgeving  
Faculteit der Economische Wetenschappen

### Verantwoording

Artikel geaccepteerd voor publicatie in Medisch Contact.

---

### Samenvatting

De Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht besteedt veel aandacht aan de ontwikkelingen op het gebied van de extramurale gezondheidszorg. Een structurele relatie met de zorgverleners is daarvoor onontbeerlijk; naast een academisch ziekenhuis<sup>15-20</sup> is een netwerk van geacademiseerde huisartspraktijken opgebouwd. Dit artikel beschrijft een evaluatie-studie middels een schriftelijke enquête onder 29 vaste stafleden van de vakgroep huisartsgeneeskunde en 55 geacademiseerde huisartsen. Onderzocht werden aspecten van academisering, zoals doelstelling en definitie, optimale omvang van het netwerk en contract-technische relatie tussen de beide partijen, selectie van praktijken, kwaliteits-toetsing, de mogelijke aanpassing van het praktijkmanagement en de invloed van deelnamen aan het academiseringsnetwerk op de uitoefening van de patiëntenzorg. De resultaten wijzen erop dat academisering niet alleen van belang is om huisartsen op structurele basis te betrekken bij het universitaire onderwijs en onderzoek, maar ook voordelen voor de huisartsen zelf oplevert. De geacademiseerde huisarts is van oordeel zijn vak beter te kunnen uitoefenen en door de deelname aan het academiseringsnetwerk met nieuwe elementen in aanraking te komen. Deelname aan academisering vergt aanpassingen, maar de voordelen voor de huisarts lijken op te wegen tegen de (geringe) nadelige effecten, zoals de noodzaak tot aanpassing van het praktijkmanagement.

## 7.1. Inleiding

De Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht heeft vanaf haar oprichting aandacht geschonken aan de extramurale gezondheidszorg in het algemeen en de huisarts-geneeskundige zorg in het bijzonder<sup>1,2,9-14</sup>.

Het lag dan ook in de rede dat de faculteit der geneeskunde van deze universiteit van overheidswege gevraagd werd de eerstelijns-profilering in haar activiteitenpatroon speciaal tot uiting te laten komen. Naast de ontwikkeling en uitbouw van een academisch ziekenhuis zouden in dit kader ook extramurale instellingen geacademiseerd moeten worden, bij voorkeur Regionale Instituten voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en huisartspraktijken. Met 'academisering van huisartspraktijken' wordt in dit verband bedoeld 'de gestructureerde samenwerking tussen de universiteit en regionale huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf (contractueel) overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van de uitvoering en de integratie van huisartsgeneeskundig onderwijs, onderzoek en patiënten-zorg'<sup>3,4,5,6,7,8</sup>. In de periode vanaf 1986 kreeg de academisering van de huisartsgeneeskunde vanuit de Rijksuniversiteit Limburg concreet gestalte in de vorm van contracten tussen de universiteit en 83 huisartsen, werkzaam in 30 praktijken. Deze huisartsen verrichten werkzaamheden op het gebied van wetenschappelijk (huisartsgeneeskundig) onderwijs, onderzoek, de huisartsopleiding en gezondheidszorgontwikkeling. De contracten zijn in principe voor onbepaalde tijd afgesloten, waarbij jaarlijks in de vorm van een inhoudelijk werkplan de concrete taakinvulling wordt overeengekomen. Vijf jaar na de start lijkt het zinvol deze ontwikkeling te evalueren. In het onderhavige onderzoek werd nagegaan hoe de diverse stafleden en de geacademiseerde huisartsen de inhoud, het proces en de uitkomst van de academisering huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg beoordelen. Tevens werd bekeken in hoeverre de leden van de universitaire vakgroep (de stafleden) anders denken over onderdelen van academisering dan het veld (de huisartsen). Bij deze laatste groep werd bovendien gevraagd naar de persoonlijke motivatie van de huisarts om deel te nemen aan academisering, de mogelijke spanning tussen academische taken en de patiëntenzorg en naar enkele algemene, huisarts-gebonden onderwerpen.

## 7.2. Methode en populatie

Het onderzoek werd verricht middels een schriftelijke enquête, die verspreid werd onder 29 (vaste) stafleden en 55 geacademiseerde huisartsen. De overige geacademiseerde huisartsen werden niet ondervraagd, omdat zij pas sinds kort deel uitmaken van het academiseringsnetwerk. De data-verzameling werd gestart met het versturen van een aanbiedingsbrief, het enquête-formulier en een antwoortenveloppe. De gegevens werden anoniem verzameld.

Zowel de huisartsen als de stafleden werd gevraagd naar hun mening over de volgende items:

- de definitie van 'academisering'
- infrastructurele zaken als de ideale omvang van het netwerk en de contract-technische relatie tussen beide partijen
- selectie-criteria en te stellen ingangseisen
- kwaliteitstoetsing en opleiding in het kader van academisering

Stafleden en huisartsen werden verzocht om binnen twee weken na het versturen van de enquête te responderen. Er werd geen herinnering verzonden.

Bij de ontwikkeling van het meetinstrument werd gebruik gemaakt van de landelijke enquête, zoals die in 1989 door de Begeleidingscommissie Academisering Huisartsgeneeskunde (BAEG) werd opgesteld<sup>3-8</sup>.

De vragen konden beantwoord worden in de volgende categorieën: volledig oneens, oneens, noch oneens noch eens, mee eens tot volledig mee eens. Deze categorieën werden in de analyse herleid tot een 5-punts score, waarbij de categorie "volledig mee eens" 5 punten kreeg.

De statistische analyse van de verschillen tussen beide groepen vond plaats door middel van de chikwadraat toets voor onafhankelijke steekproeven in geval van categorische variabelen en met behulp van de T-toets in geval van numerieke variabelen. Er werd tweezijdig getoetst, met een significantiedrempel van 0.05.

Indien er scores in de tekst worden vermeld betreft het respectievelijk de gemiddelde score van de huisartsgroep en de gemiddelde score van de groep stafleden, waar relevant gevolgd door de p-waarde. Om praktische reden zijn niet steeds alle resultaten in tabelvorm weergegeven.

## 7.3 Resultaten

### \* Respons

Van de totale onderzoekspopulatie van 84 huisartsen/stafleden respondeerde 65%; drie respondenten gaven aan onvoldoende op de hoogte te zijn van het academiseringsproces en stuurden een leeg formulier retour. De bruikbare respons was in beide groepen even hoog, overeenkomend met 34 huisarts-respondenten (62%) en 18 staf-respondenten (eveneens 62%).

### \* Omschrijving van academisering

De volgende definitie van academisering werd aan de onderzoekspopulatie voorgelegd: 'onder academisering wordt verstaan de gestructureerde/geinstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van de integratie van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg. Hiervoor is een infrastructuur nodig, die een academiseringsnetwerk genoemd zou kunnen worden<sup>4,5,6,7</sup>.'

Zowel de huisartsen als de stafleden zijn het in de regel met deze definitie eens (gemiddelde scores respectievelijk 3.8 en 3.6; standaarddeviaties 0.76 en 0.90).

Wel vermelden veel respondenten te willen streven naar een meer toegankelijke en gebruikersvriendelijke definitie.

### \* Verhouding tussen de partijen (universiteit en huisartsen) (tabel 7.1)

De geacademiseerde huisartsen zijn overwegend van mening dat de beide partijen in het academiseringsnetwerk (de huisarts en de universitaire vakgroep) een gelijkwaardige positie zouden moeten hebben (4.0). De stafleden nemen een middenpositie in; ze zijn het noch eens, noch oneens met de noodzaak van een gelijkwaardige positie



(3.2). Het verschil tussen huisartsen en stafleden is significant ( $p=0.01$ ). In het huidige netwerk wordt de positie van de vakgroep nog te centraal gevonden, met name door de geacademiseerde huisartsen. Oorspronkelijk bestond de gedachte dat deze gelijkwaardigheid het beste gerealiseerd kon worden door het verlenen van een universitaire aanstelling aan de geacademiseerde huisarts. Deze gedachte wordt door beide onderzoeksgroepen **niet** onderschreven.

### \* Selectie en selectie-criteria

Aangezien een groter aantal huisartsen geïnteresseerd is in participatie aan een academiserings-netwerk huisartsgeneeskunde dan de organisatorische en financiële mogelijkheden toelaten moet een selectie-mechanisme beschikbaar zijn.

Het blijkt dat beide partijen een voorkeur hebben voor een selectie door een delegatie, bestaande uit vakgroepmedewerkers en huisartsen (4). Selectie door een onafhankelijke instantie wordt afgewezen. De belangrijkste selectie-criteria zijn volgens beide partijen de aanwezige motivatie van de potentiële geacademiseerde huisarts (4.7; 4.9) en de aantoonbare ervaring met wetenschappelijke taken, de huisartsopleiding en/of de patiëntenzorg (3.6; 4.0)

Verder wordt door beide groepen aangegeven dat er gestreefd moet worden naar een goede geografische spreiding binnen de universitaire regio en naar voldoende variatie aan praktijkvormen (solo, associatie en dergelijke).

**Tabel 7.1 Positie van de partijen (vakgroep en huisartsen), ten opzichte van elkaar.**

POSITIE VAN DE PARTIJEN IN HET NETWERK	Huisarts Gem. Score n=34	Standaard- deviatie	Staf-leden Gem. Score n=18	Standaard- deviatie	P - waarde
In een academiseringsnetwerk zouden de posities van beide partijen (de huisartspraktijk en de universiteit) gelijkwaardig moeten zijn	4.0	1.0	3.2	1.2	0.01
In het Maastrichtse netwerk is de positie van de vakgroep nog steeds te centraal	3.6	0.8	2.6	0.8	<0.01
Doordat de geacademiseerde huisarts een aanstelling heeft bij de universitaire vakgroep Huisartsgeneeskunde is gelijkwaardigheid en betrokkenheid gewaarborgd	2.5	1.0	2.5	1.0	0.99

Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van  
 1 - in het geheel niet mee eens  
 tot 5 - volledig mee eens

### \* Aanvullende eisen

Er bestaat overeenstemming tussen de staf van de vakgroep en het huisartsenveld over deze eisen. We vermelden daarom wat dit betreft alleen de gemiddelde scores van de groep respondenten als geheel. In volgorde van belangrijkheid moet de geacademiseerde huisarts volgens de respondenten bereid zijn tot onderlinge toetsing (4.3), de praktijk moet geautomatiseerd zijn (4.3), de huisarts moet werken conform het basistakenpakket en het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) onderschrijven (4.1). Tevens moet de praktijk aantoonbaar voldoende tijd besteden aan nascholing (3.9) en er moet voor onderwijsdoeleinden een additionele spreek- en onderzoekkamer aanwezig zijn (3.7).

### \* Argumentatie om deel te nemen aan een academiseringsnetwerk (tabel 7.2)

Gevraagd is naar de argumenten van de huisartsen en de vakgroep-medewerkers om deel te nemen aan de academisering van de huisartsgeneeskunde. De huisarts participeert om diverse redenen, variërend van wetenschappelijke interesse, affiniteit met onderwijs en onderzoek en verbetering van de eigen zorgverlening, tot idealisme en het feit "dat het leuk is eens iets anders te doen". Ook de geldelijke vergoeding lijkt van belang, met dien verstande dat de huisartsen van mening zijn dat zij voor extra inspanningen als gevolg van de samenwerking met de universiteit op enigerlei wijze een vergoeding zouden moeten ontvangen. Binnen de vakgroep bestaat er behoefte aan academisering vanwege de noodzaak van een meer gestructureerde inzet van praktizerende huisartsen in onderwijs- en onderzoeksprojecten en bestaat er eveneens een meer ideëel motief, namelijk de principiële binding met het praktizerende veld van huisartsen.

**Tabel 7.2 Argumenten voor deelname aan een geacademiseerd netwerk huisartsgeneeskunde**

ARGUMENTEN VOOR DE HUISARTS	Huisartsen Gemiddelde score n=34	Staf Gemiddelde score n=18	P-waarde
Wetenschappelijke interesse	4.1	3.9	0.20
Professionele carrière	3.2	2.8	0.11
Affiniteit	3.9	3.7	0.30
Idealisme	3.9	3.6	0.20
Geldelijke vergoeding	2.7	3.1	0.17
Verbetering eigen zorgverlening	4.0	3.9	0.55
Het is leuk iets anders te doen	4.2	4.1	0.60
<b>ARGUMENTEN VOOR DE UNIVERSITEIT</b>			
Meer gestructureerde inzet van praktizerende huisartsen in onderwijs- en onderzoeksprojecten	4.1	3.8	0.36
De binding met het veld uit ideële motieven	3.2	3.6	0.16
<i>Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van</i>			
<i>1 - in het geheel niet mee eens</i>			
<i>tot 5 - volledig mee eens</i>			

### **\* Contract-technische relatie**

Zowel de groep huisartsen (3.4) als de groep stafleden (2.9) staan neutraal tegenover het in Maastricht gehanteerde contractstelsel, bestaande uit een academiseringscontract voor onbepaalde tijd, gekoppeld aan nader te definiëren inhoudelijke werkplannen. Wat betreft de financiële relatie tussen de universiteit en de geacademiseerde huisartsen bestaat bij de huisartsen een lichte voorkeur voor betaling van de geleverde prestaties (tijd tegen geld) (3.8; 3.5;  $p=0.31$ ). De stafmedewerkers daarentegen zouden willen streven naar een ruil van menskracht tegen menskracht, waarbij de universiteit menskracht inzet in de gezondheidszorg en de gevestigde huisarts onderwijs- en onderzoekstaken teruglevert (tijd tegen tijd) (3.1; 3.7;  $p=0.09$ ). De verschillen tussen de groeperingen zijn niet significant.

### **\* Omvang en algemene doelstelling van academisering**

Het is opvallend dat integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg als één van de hoofddoelstellingen van academisering genoemd wordt, terwijl tegelijkertijd door beide groepen wordt aangegeven dat één netwerkpraktijk niet ingezet moet worden op alle bovengenoemde deelgebieden (3.0; 2.9).

Het Maastrichtse netwerk, bestaande uit 30 huisartspraktijken met in totaal 83 huisartsen wordt niet te groot gevonden; onderlinge afstemming en communicatie komen volgens zowel de stafleden als de huisartsen niet in gevaar door de grootte van het netwerk.

### **\* Opleiding**

Er is geen verschil van mening over de noodzakelijke opleidingen voor geacademiseerde huisartsen. Alle in de enquête opgenomen opleidings-onderdelen worden belangrijk gevonden (scores variëren van 3.7 tot 4.0). De geacademiseerde huisarts moet worden opgeleid op het gebied van management (met name time-management), automatisering (inclusief registratie), methodologie, statistiek en didactiek. Ook een introductie in de universiteit wordt van belang geacht.

### **\* Dualiteit tussen academische taken en patiëntenzorg**

In het verleden bleek dat de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige geacademiseerde netwerken moeizaam tot stand kwam. In dit onderzoek werd dan ook aandacht besteed aan de mogelijke dualiteit tussen academische taken en patiëntenzorg. De huisartsen vinden dat zij in het algemeen te weinig tijd en gelegenheid hebben om actief deel te nemen aan het netwerk (4.0). Bovendien is een probleem dat de honoringsstructuren onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Over deze twee knelpunten zijn de stafleden en de huisartsen het met elkaar eens. De mogelijke dualiteit ontstaat onder meer door gebrek aan tijdsmanagement; huisartsen en stafleden geven aan, dat bij keuzes onder tijdsdruk de patiëntenzorg altijd voorrang krijgt boven de academische taken (3.5; 3.9;  $p=0.11$ ).

### **\* Kwaliteitstoetsing academisering**

Beide partijen zijn van mening dat de doelstellingen en de te leveren inzet (kwalitatief en kwantitatief) van de geacademiseerde huisartsen voldoende duidelijk zijn. De vakgroep zou de netwerk-praktijken vaker (éénmaal per kwartaal) moeten visiteren ten einde afspraken en knelpunten te inventariseren en eventueel bijstellingen aan te brengen. De huisartsen onderschrijven dat kwaliteitscontrole van de geacademiseerde taken door middel van onderlinge toetsing goed mogelijk is, terwijl de stafleden het

hier in mindere mate mee eens zijn (3.8 ;3.2 ;  $p=0.04$ ). De huidige kwaliteitstoetsing in het Maastrichtse netwerk (door de vakgroep zelf) wordt noch voldoende, noch onvoldoende gevonden, terwijl de output van het academiseringsnetwerk nog verbeterd kan worden (respectievelijk 2.3 en 2.7 over de gehele groep respondenten). Gebrekkige inzet of kwaliteit zou moeten leiden tot beëindiging van de samenwerking (4.2).

### \* Invloed op uitoefening patiëntenzorg (tabel 7.3)

De huisartsen vinden dat zij door hun deelname aan de academisering het huisartsenvak beter en meer gestructureerd bijhouden en bovendien in aanraking komen met zaken, die ze bij de exclusieve uitoefening van het huisartsvak niet zouden leren. Door de academisering denkt de huisarts beter als huisarts te functioneren.

**Tabel 7.3 De gepercipiëerde invloed van deelname aan academisering op de patiëntenzorg**

INVLOED DEELNAME AAN NETWERK OP DE PATIËNTENZORG	Gemiddelde Score van Huisartsen n=34
Ik blijf beter bij door mijn betrokkenheid bij de academisering	3.9
Ik leer door mijn betrokkenheid bij de universiteit zaken die ik anders waarschijnlijk niet zou leren	4.0
Mijn attitude als huisarts verandert in positieve zin	3.8
Ik denk beter als huisarts te functioneren door mijn betrokkenheid bij de academisering	3.8

*Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van*  
 1 - in het geheel niet mee eens  
 tot 5 - volledig mee eens

### \* Consequenties voor de samenwerkingspartners van de huisarts

Volgens de deelnemende huisartsen staan de doktersassistenten neutraal tegenover de participatie aan het academiseringsnetwerk, terwijl ze het aanzienlijk drukker hebben gekregen door de diverse academische taken van de huisartsen (4.0). Ondanks deze grotere druk ervaren de doktersassistenten deelname aan de academisering niet als negatief. In de waarneemgroepen wordt door de andere huisartsen gematigd positief gereageerd op de deelname aan academisering (3.3). De omgang met de geacademiseerde huisarts in de waarneemgroep is niet veranderd, en er is geen afgunstige houding van de collega-huisartsen waarneembaar. Ook de andere eerstelijns werkers reageren positief. Toch hebben de geacademiseerde huisartsen niet het idee anders of beter te functioneren in hun relatie met de doktersassistenten, collega-huisartsen en andere eerstelijns werkers, als gevolg van hun deelname aan een academiseringsnetwerk (2.6).

### \* Praktijkmanagement (tabel 7.4)

Van de huisartsen geeft 76% aan dat de betrokkenheid bij de universiteit door de deelname aan academisering tot organisatorische praktijkproblemen leidt. Van deze huis-

artsen heeft 73%, al dan niet in samenwerking met de universitaire vakgroep huisarts-geneeskunde, oplossingen weten te bedenken voor deze problemen. De helft van de geacademiseerde huisartsen meldt dat de universiteit meer ondersteuning zou kunnen geven om deze (tijds)problemen op te lossen. Daarbij wordt met name gedacht aan een betere coördinatie van de universitaire taken, een betere afstemming van deze taken op de dagelijkse patiëntenzorg, een meer persoonlijke benadering van de huisarts door de universitaire werkers en aan extra aandacht voor management-opleidingen. De tijd die de huisarts inzet overschrijdt regelmatig de contractueel vastgelegde tijdslijmieten. Dit heeft te maken met het feit dat de geacademiseerde praktijken een extra aantrekkingskracht hebben, waardoor ook niet overeengekomen (universitaire) projecten aan de huisartsen worden voorgelegd. De huisartsen hebben overigens geen moeite om niet-overeengekomen taken te weigeren. De huisartsen vinden zelf dat er niet te veel tijd besteed wordt aan overhead-taken, zoals overleg en dergelijke, terwijl ook in de praktijken niet meer overleg noodzakelijk is als gevolg van deelname aan het academiseringsnetwerk. Slechts in geringe mate is er op praktijkniveau van aanpassingen in de organisatie sprake. Deze geringe herziening van de praktijkorganisatie wordt noch als voordelig, noch als nadelig ervaren, maar als noodzakelijk voor de uitvoering van de academische taken in combinatie met de patiëntenzorgtaken.

**Tabel 7.4 De gepercipieerde invloed van deelname aan academisering op het praktijkmanagement**

<b>INVLOED VAN DEELNAME AAN HET NETWERK OP HET PRAKTIJKMANAGEMENT</b>	<b>Gemiddelde score n=34</b>
Mijn betrokkenheid bij de academisering zorgt voor de nodige organisatorische problemen	3.9
Ik heb voor die problemen een oplossing weten te creëren	3.4
De tijd die ik investeer binnen de academisering overschrijdt de tijd die daarvoor contractueel afgesproken is	3.8
Ik ben meer tijd kwijt voor overleg met de universiteit dan verwacht	3.2
Ik heb sinds mijn betrokkenheid bij de academisering meer tijd nodig voor overleg in mijn praktijk	3.2
Door mijn betrokkenheid bij de academisering ben ik verplicht geweest mijn praktijkorganisatie te herzien	3.3
Door mijn betrokkenheid bij academisering ben ik meer gebruik gaan maken van automatiseringsfaciliteiten	3.5

*Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van*

*1 - in het geheel niet mee eens*

*tot 5 - volledig mee eens*

## 7.4 Beschouwing

De beschreven evaluatie-studie werd uitgevoerd middels een anonieme schriftelijke enquête onder 29 vaste stafleden en 55 geacademiseerde huisartsen. Allen hebben op enigerlei wijze betrokkenheid bij het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) van de Rijksuniversiteit Limburg.

Hoewel het onderzoek zich beperkt heeft tot het HAM is een aantal conclusies van betekenis voor de andere regio's. Met name de infrastructurele aspecten kunnen naar onze mening ook in andere universitaire settings consequenties hebben in hun streven naar netwerkvorming op het gebied van de huisartsgeneeskunde.

Wij legden de volgende definitie van academisering voor:

'de gestructureerde/geinstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van de integratie van wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg'<sup>4,5,6,7</sup>.

Deze definitie wordt weliswaar onderschreven, maar tevens complex en niet-gebruikersvriendelijk gevonden.

De twee partijen (vakgroep en huisarts) moeten in de ogen van de respondenten een gelijkwaardige positie hebben in het netwerk.

De selectie van de te academiseren huisartsen geschiedt bij voorkeur door een delegatie van universitaire stafleden en praktiserende huisartsen, op basis van aantoonbare motivatie van de huisarts en de reeds opgedane ervaring met wetenschappelijke taken, opleiding en patiëntenzorg. De 'geacademiseerde' huisarts moet volgens de respondenten de bereidheid hebben tot onderlinge toetsing, geautomatiseerd werken en het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) onderschrijven. Voorts moet de huisarts op een voldoende wijze de nascholings tijd invullen en dient de praktijk voor onderwijsdoeleinden te beschikken over een additionele spreek- annex onderzoekruimte.

Voor de huisarts zijn het met name ideële motieven, die deze bewegen deel te nemen aan een netwerk. Affiniteit, idealisme en de behoefte om naast de patiëntenzorg iets anders te doen op het gebied van de huisartsgeneeskunde, zijn de meest onderschreven argumenten. De vakgroep heeft vooral een pragmatisch argument, namelijk de behoefte aan een meer gestructureerde inzet van praktiserende huisartsen in onderwijs- en onderzoeksprojecten. Idealiter zouden de geacademiseerde huisartsen werkzaam moeten zijn op alle wetenschappelijk deelgebieden van het academiseringsnetwerk; uit tijdsoverwegingen en ten behoeve van de te bereiken diepgang kan het echter nodig zijn dat huisartsen kiezen voor één van de wetenschappelijke terreinen (of onderwijs of onderzoek of automatisering/registratie). Knelpunten in de samenwerking ontstaan onder meer door het gebrekkige tijdsmanagement, waarbij de prioriteit in het algemeen wordt gelegd bij de patiëntenzorg-taken. De output van het Maastrichtse academiseringsnetwerk zou volgens de betrokkenen nog kunnen toenemen. Het proces van kwaliteitstoetsing is voor verbetering vatbaar. Het regelmatig visiteren van de deelnemende huisartsen lijkt de beste waarborg om de kwaliteit en de inzet veilig te stellen. Nagedacht zou kunnen worden over het hanteren van onderlinge toetsing binnen het netwerk, ten einde de kwaliteitsaspecten te beoordelen. De deelnemende

huisartsen denken door hun deelname aan academisering hun vak beter te kunnen uitoefenen. Waarschijnlijk komt dit doordat meer structureel aandacht wordt besteed aan het bijhouden van het vak en doordat de huisarts in aanraking komt met een meer wetenschappelijke benadering, die een kritische houding ten opzichte van het eigen handelen bevordert. De doktersassistenten van de geacademiseerde huisartspraktijken staan neutraal tegenover de participatie aan het academiseringsnetwerk, terwijl ze het drukker hebben gekregen door de diverse academische taken. Ondanks deze grotere druk wordt deelname aan de academisering niet als negatief ervaren. Dit is een belangrijke constatering, aangezien de uitvoering van universitaire onderwijs- en onderzoeksprojecten mede gedragen wordt door de doktersassistenten.

Ook de overige eerstelijns werkers en de collega-huisartsen lijken positief te staan tegenover de deelname van de huisarts aan academiseringsnetwerken. De huisarts ervaart overigens geen verandering van de relatie met deze werkers. Deelname aan het academiseringsnetwerk heeft vooral consequenties voor het praktijkmanagement en kan aanleiding geven tot organisatorische praktijkproblemen.

Een meerderheid van de deelnemende huisartsen geeft aan deze problemen opgelost te hebben, maar tegelijkertijd wordt door meer dan de helft van de respondenten aan de universiteit gevraagd meer ondersteuning te geven bij de oplossing van eventuele organisatorische problemen. Dit zou kunnen door een verbetering van de coördinatie van de diverse universitaire taken, door een betere afstemming hiervan met de patiëntenzorg, door een meer persoonlijke benadering van de huisartsen in het netwerk en door additionele aandacht voor management-opleidingen voor de deelnemende huisartsen. De besteding van kostbare tijd aan overhead-taken (vergadertijd en dergelijke) blijkt mee te vallen. Wel hebben de geacademiseerde praktijken een grote aantrekkingskracht op andere, contractueel niet overeengekomen projecten. De huisartsen hebben overigens geen moeite met deze extra vragen om te gaan en wijzen ze af indien ze niet-relevant of niet interessant worden gevonden.

Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de ontwikkeling van het academisch netwerk van huisartspraktijken positief wordt gewaardeerd, zowel door de deelnemende huisartsen zelf als door de (universitaire) vakgroep.

De voordelen wegen op tegen de mogelijk nadelige effecten; organisatorische aanpassingen zowel binnen de praktijk als in de omgang van de universiteit met de praktijken worden gevraagd. Regelmatige visitatie, kwaliteitscontrole en goede wederzijdse communicatie kunnen als voorwaarden voor het welslagen van het netwerk worden beschouwd.

## 7.5. Literatuur

- 1  
Van Londen J. Academisering in de eerste lijn als middel tot realisering van volksgezondheidsdoelstellingen. In: Brouwer W, Romme MAJ, Faculteit en eerste lijn, Amsterdam: Bohn, Scheltema & Holkema, 1991
- 2  
Van Es JC. Faculteit en eerste lijn. Med Contact 1981; 35: 547- 9
- 3  
Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisarts-geneeskunde. BAEG 150, 1991
- 4  
Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in een netwerk, Verslag van een vragenlijstonderzoek. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 5  
Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in zicht. Visies op de doelstellingen voor een netwerk. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 6  
Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 7  
Projectgroep Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Academisering in de huisartspraktijk. Eindrapport van de Projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken, Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990
- 8  
Meijer JS, Schade E. Van gastdocent tot UHP-arts: de ontwikkeling van de academisering van de huisarts-geneeskunde. Huisarts Wet 1992; 35: 29-31
- 9  
Basisfilosofie van de Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1972
- 10  
Beusmans GHMI et al. Medische Faculteit Maastricht en eerste lijn: standpuntbepaling bestuur PHV Maastricht. Med Contact 1981; 15: 437-41
- 11  
Brouwer W. Academisering in de eerste lijn een noodzaak. Med Contact, 1982; 11: 321-2
- 12  
Integraal plan voor universitaire participatie in de regionale gezondheidszorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982



13

Nota Academisering in de Eerstelij. Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1982

14

Rapport van de Commissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983

15

Diederiks JPM, Stevens FCJ. Ervaringen met het Academisch Ziekenhuis Maastricht: Een onderzoek naar de beeldvorming van een ziekenhuis. Maastricht 1991

16

Nieuwbouw academisch ziekenhuis Maastricht: beloften, belang en noodzaak. Academisch Ziekenhuis Maastricht. Maastricht 1983

17

Nota Academisch Ziekenhuis inzake academisering. Maastricht, 1981

18

Starmans R, Witte de L. Over het academisch ziekenhuis Maastricht gesproken. Amsterdam: SISWO, 1982

19

Projectorganisatie Academische ziekenhuizen: Eindrapport deel B: Advies inzake de beleidsnotitie "Nadere regeling van de verantwoordelijkheid voor academische ziekenhuizen". 's Gravenhage, 1987

20

Projectorganisatie Academische ziekenhuizen: Eindrapport deel A: Advies inzake de uitvoering van het convenant academische ziekenhuizen. 's Gravenhage, 1987

## HOOFDSTUK 8

# HET OORDEEL VAN HUISARTSEN OVER DEELNAME AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

R.J.J. KOCKEN

Beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde-Rijksuniversiteit  
Limburg, tevens coördinator Coördinatiebureau Eerste Lijn van de  
Rijksuniversiteit Limburg

A. PRENGER-DUCHATEAU

Huisarts, destijds huisarts-in-opleiding

P.E.L.M. SMEETS-RINKENS

Algemeen research-assistent van de vakgroep huisartsgeneeskunde

J.A. KNOTTNERUS

Hoogleraar huisartsgeneeskunde

### Verantwoording.

De belangrijkste resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in:

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA.

Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek, Huisarts Wet 1992; 35(1): 32-5.

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA.

General Practitioners as participants in scientific research

- What do they think of it? -, Newsletter WHO -2000 Health for all- 1992; 18: 2-4.

Kocken RJJ, Knottnerus JA. General Practitioners as participants in scientific research;

Letter to the editor Br J Gen Pract 1993; 43:305-6

### Samenvatting

Door middel van een enquête onder twee representatieve steekproeven van huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan onderzoek vanuit de Rijksuniversiteit Limburg, en huisartsen die daaraan niet deelnemen, werd nagegaan welke criteria daarbij worden gehanteerd, welke problemen worden ondervonden, welke informatie door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoek wordt gewenst, en in hoeverre het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek wordt beïnvloed. De respons was respectievelijk 68 procent en 51 procent. De bereidheid tot deelname aan onderzoek is in het algemeen groot. De belangstelling voor het gekozen onderwerp en de belasting voor patiënt en huisarts zijn de belangrijkste factoren bij de afweging om wel of niet deel te nemen. Een goede terugrapportage wordt op prijs gesteld en een niet onaanzienlijk deel van de huisartsen acht het van belang op enigerlei wijze genoemd te worden als deelnemer. Ongeveer de helft van de responderende huisartsen vindt het redelijk een vergoeding voor extra bestede tijd te ontvangen.

## 8.1 Inleiding

In kringen van wetenschap en beleid wordt in toenemende mate aandacht besteed aan structuren voor samenwerking tussen universiteiten en andere instellingen of privé-personen. Ook in de gezondheidszorg, met name in de eerstelijns gezondheidszorg, ontstaat hiervoor steeds meer belangstelling. Het vooral bedrijfskundig georiënteerde rapport 'Samen werkt het beter' gaf een eerste modelbeschrijving van de mogelijkheden tot samenwerking tussen universiteiten en huisartsen<sup>1</sup>.

Aan de Rijksuniversiteit Limburg is een onderzoek verricht onder 350 huisartsen met als vraagstelling:

- \* Wat zijn de criteria voor huisartsen om aan wetenschappelijk onderzoek mee te werken?
- \* Welke problemen ondervinden huisartsen in hun samenwerking met universiteiten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en welke informatie wordt door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoeksproject gewenst?
- \* Wordt het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek beïnvloed?

## 8.2 Methode

Voor het onderzoek werd de facultaire regio, bestaande uit 564 huisartsen in Limburg en het Zuidoostelijk deel van Noord-Brabant, onderscheiden in twee deelpopulaties: 331 huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek en/of onderwijs vanuit de universiteit ('participanten'), en 215 huisartsen die daar tot 1 januari 1989 niet aan hadden meegedaan ('non-participanten'). Uit deze twee deelpopulaties werden *at random* respectievelijk 150 en 200 huisartsen geselecteerd, waarbij de verwachting was dat de respons in de non-participantengroep veel lager zou zijn dan die in de participantengroep.

De geselecteerde huisartsen ontvingen in mei 1989 een vragenlijst, bestaande uit vijftien gesloten vragen. De vragenlijst werd ontwikkeld in samenwerking met de vakgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg.

Bij de meeste vragen was er slechts één antwoordmogelijkheid; bij drie vragen werd gevraagd een prioriteit van 1 t/m 4 aan te geven. Deze prioriteiten zijn in de analyse herleid tot een 5-puntscore, waarbij de hoogst scorende variabele 4 punten kreeg en de niet aangekruiste 0. In september 1989 werd de non-respondenten een nieuwe vragenlijst met een *reminder* toegezonden.

De statistische analyse van de verschillen tussen beide groepen werd uitgevoerd met de chi-kwadraattoets voor onafhankelijke steekproeven bij categorische variabelen, en met de t-toets bij numerieke variabelen. Er werd tweezijdig getoetst, met een significantiedrempel van 0,05.

## 8.3 Resultaten

### Respons

Van de 350 benaderde huisartsen reageerden er uiteindelijk 211 (60 procent). De respons in de participantengroep bedroeg 68 procent, die in de non-participantengroep 51 procent. Daarnaast was er nog 4 procent aan 'respons' met niet-correct inge-

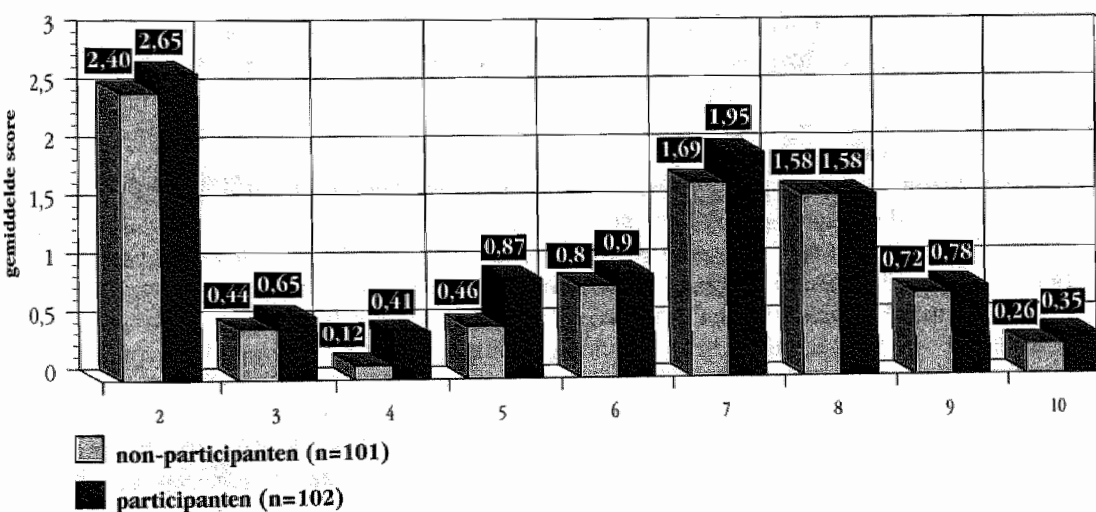
vulde formulieren. De gemiddelde leeftijd bedroeg 43 jaar, zonder duidelijke verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen. De man/vrouw-verdeling was 91 versus 9 procent. Van de deelnemers was 33 procent werkzaam in een stadspraktijk, 28 procent in een plattelandspraktijk en 40 procent in een mengvorm.

Van de participantengroep deed 77 procent - incidenteel of regelmatig - mee aan onderzoek door en begeleid vanuit de farmaceutische industrie. In de non-participantengroep was dat 74 procent.

### Criteria

De criteria om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek konden worden aangegeven met een score van 1-4. Uit de gemiddelde scores blijkt dat de deelnemers met name rekening houden met de eigen interesse met betrekking tot de onderzoeksvraagstelling, en met de verwachte belasting voor huisarts en patiënten (*figuur 8.1*). De verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen waren in geen van de gevallen significant.

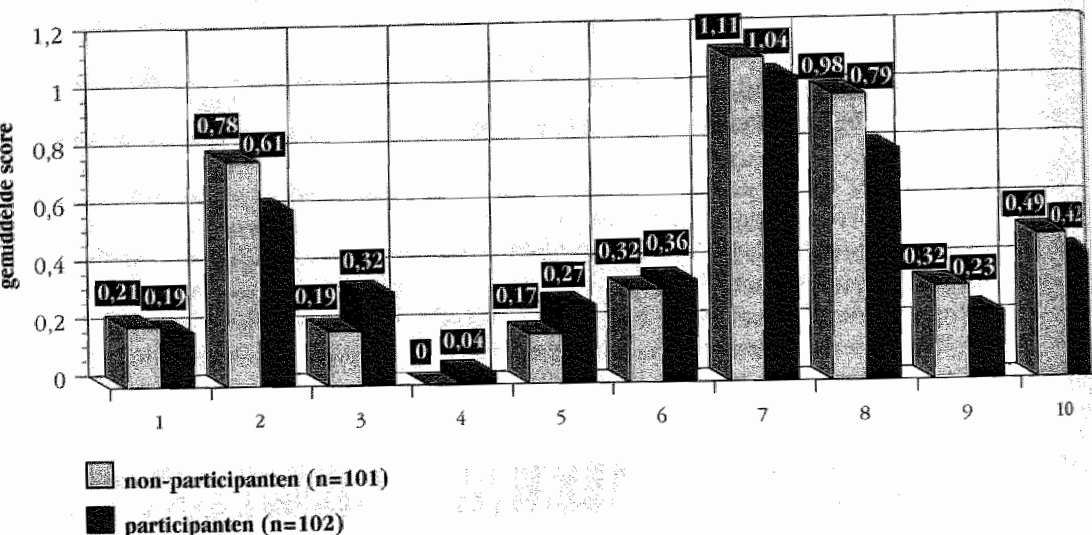
**Figuur 8.1 Gemiddelde scores van participanten en non-participanten op de belangrijkste criteria voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek**



2 interesse onderwerp; 3 vergoeding; 4 vertrouwen RI; 5 vertrouwen onderzoeker; 6 goede projectpresentatie; 7 acceptabele belasting huisarts; 8 acceptabele belasting patiënt; 9 acceptabele duur onderzoek; 10 anderszins

De vraagstelling, waarom huisartsen in voorkomende gevallen *niet* aan onderzoek deelnemen, gaf overeenkomstige uitkomsten, zij het dat met name de verwachte belasting voor patiënt en huisarts nu een grotere rol speelde, terwijl een gebrek aan interesse in het onderzoek veel lager scoorde (*figuur 8.2*). Verder vertoonde de score bij niet-deelname duidelijk minder differentiatie tussen de diverse variabelen. Ook hier waren er geen significante verschillen tussen beide onderzoekspopulaties.

**Figuur 8.2 Gemiddelde scores van participanten en non-participanten op de belangrijkste criteria voor niet-deelname aan wetenschappelijk onderzoek**



1 geen interesse wetenschappelijk onderzoek; 2 geen interesse in onderwerp; 3 onvoldoende vergoeding; 4 geen vertrouwen RI; 5 geen vertrouwen onderzoeker; 6 slechte presentatie; 7 onacceptabele belasting huisarts; 8 onacceptabele belasting patiënt; 9 onacceptabele duur onderzoek; 10 anderszins

## Ervaren problemen

Ook uit de antwoorden op de vragen over optimale informatie-voorziening vooraf en de meest voorkomende problemen achteraf (in geval van deelname) blijkt dat de genoemde drie aspecten -interesse voor het onderwerp, belasting voor de patiënt en belasting voor de huisarts - belangrijk worden gevonden. De deelnemers ervaren het als een probleem dat de vooraf gegeven informatie over het onderzoek vaak onvoldoende is (score 1.34) en dat het onderzoek weinig aansluit bij de dagelijkse praktijk (1.37). De informatievoorziening tijdens de uitvoering van het onderzoek werd daarentegen niet als onjuist of onvoldoende ervaren (respectievelijk 0.5 en 0.05). Opvallend gunstig is verder dat de items 'Afspraken worden door de onderzoeker niet nagekomen' (0.25), 'De onderzoeker motiveert niet of te weinig' (0.64) en 'De uitvoering van het onderzoek heeft onacceptabele consequenties voor de doktersassistente' (0.52) laag scoorden.

## Gewenste informatie achteraf

Van de ondervraagden antwoordde 60 procent grote waarde te hechten aan toezending van het eindresultaat: artikel of proefschrift, en in ieder geval een samenvatting; 37 procent stelt prijs op een presentatie van de resultaten in de vorm van een voorlichtingsbijeenkomst. Slechts 1 procent gaf te kennen geen nadere informatie te wensen. Tweederde (63 procent) vond het niet belangrijk om met naam genoemd te worden, 27 procent vond dat wel belangrijk. Van deze 27 procent vond 18 procent dat de huisarts als mede-auteur vermeld zou moeten worden, terwijl 36 procent antwoordt vermelding in het dankwoord acceptabel te vinden. De overige 46 procent zou de wijze van vermelding afhankelijk willen stellen van de geleverde bijdrage.

## Vergoeding

Van de onderzoekspopulatie vindt 89 procent dat hun bijdrage op enigerlei wijze redelijk vergoed moet worden; slechts 5 procent vindt dit onnodig. Er worden hier geen significante verschillen tussen de twee onderzoekspopulaties aangetroffen.

Volgens 46 procent van de huisartsen is een vergoeding tussen de NLG 50,- en NLG 100,- per uur extra tijdsbelasting redelijk; 24 procent dacht aan een hogere vergoeding en 25 procent dacht aan een lagere.

Bij de non-participanten wordt iets vaker voorkeur uitgesproken voor een hogere vergoeding dan bij de participanten-groep (27 procent versus 22 procent). De vergoeding zou idealiter uitbetaald moeten worden in de vorm van contant geld (58 procent) en/of materiaal voor de praktijk (47 procent) (tabel 8.3).

**Tabel 8.3 Wat acht u een redelijke uurvergoeding bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek**

	Percentages	
	Participanten n=102	Non-participanten n=101
< 25 gulden	2	4
25 - 50 gulden	24	17
50 - 100 gulden	44	36
> 100 gulden	24	20

(Geen significante verschillen)

## Beïnvloeding dagelijks handelen van de huisarts

Tenslotte werd aan de huisartsen gevraagd of en in welke mate hun dagelijks handelen beïnvloed wordt door participatie aan wetenschappelijk onderzoek. 79 Procent van de huisartsen zegt dat het praktisch handelen wel degelijk in meerdere of mindere mate wordt beïnvloed (tabel 8.4).

**Tabel 8.4 Wordt het praktisch handelen van de huisarts beïnvloed door deelname aan wetenschappelijk onderzoek?**

	Percentages	
	Participanten n=102	Non-participanten n=101
niet	1	4
nauwelijks	13	6
in mindere mate	45	42
in sterke mate	35	38

(Geen significante verschillen)

## 8.4 Beschouwing

Bij geen van de onderzochte items was een bepaald antwoord als sociaal wenselijk te beschouwen, en wij denken dan ook dat hierdoor geen vertekening is opgetreden; het ging immers om het aangeven van een bepaalde volgorde van items die alle van belang konden zijn. Bovendien was het duidelijk dat de gegevensverwerking anoniem was, en bestond de gelegenheid additionele opmerkingen te maken. Van deze mogelijkheid is overigens weinig gebruik gemaakt, en de weinige opmerkingen leverden geen relevante aanvullende variabelen op.

Uit de internationale literatuur zijn twee vergelijkbare onderzoeken bekend<sup>2,3</sup>. In een Canadees onderzoek<sup>3</sup> onder 120 huisartsen bleken de vertrouwelijke behandeling van patiëntgegevens en resultaten van onderzoek het belangrijkste onderdeel van het afwegingsproces. Tevens zag de Canadese huisarts participatie aan wetenschappelijk onderzoek als een mogelijkheid om de eigen sterke en zwakke punten op bepaalde gebieden (en soms in vergelijking tot collega-huisartsen) beter te kunnen ontdekken.

Aangezien wij in het verleden nauwelijks op problemen zijn gestuit op het gebied van de privacy-bescherming, is hierover in onze studie geen expliciete vraag gesteld. Bovendien is dit aspect door geen van de respondenten genoemd.

Een Australische studie<sup>2</sup> onder 3350 huisartsen vertoont veel parallellen met ons onderzoek. Tijdsbelasting voor patiënt en huisarts scoorde hier hoog, terwijl ook de hoogte van de vergoeding belangrijk werd gevonden. Verder werd in Australië de te verwachten steun van de projectleider als een belangrijke variabele genoemd.

Uit ons onderzoek blijkt dat de bereidheid van huisartsen om deel te nemen aan wetenschappelijk in het algemeen groot is. Mogelijk wordt hierbij de weg naar de farmaceutische industrie sneller gevonden dan die naar wetenschappelijke instellingen. De vaak kortere looptijd van industrieel onderzoek en de hogere vergoedingen door de industrie spelen hierbij wellicht een belangrijke rol.

Veel onderzoekers zijn van mening dat het eindresultaat van het onderzoek in ieder geval aan de deelnemende huisartsen ter hand zou moeten worden gesteld; een niet onaanzienlijk deel stelt daarnaast prijs op expliciete vermelding van de namen van de deelnemende huisartsen in het eindresultaat. De fase van 'liefdewerk oud papier' en vrijblijvendheid is voorbij; de opvatting wint terrein dat bijdragen van huisartsen aan wetenschappelijk onderzoek vergoed dienen te worden.

## Literatuur

1

Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter. Een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteiten en huisartsen. Groningen, 1988

2

Borgiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. *Fam Pract* 1989;6:168-72

3

Silagy CA, Carson NE. Factors inflecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 1989;6:173-6

# HOOFDSTUK 9

## DE PLANNING EN COÖRDINATIE VAN ONDER- WIJS EN ONDERZOEK IN HUISARTSPRAKTIJKEN;

volgt de huisarts bij participatie aan universitaire projecten de  
opgegeven voorkeursgebieden?

R.J.J. Kocken	Beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde Hoofd Coördinatiebureau Eerste Lijn
J.A.Knottnerus	Hoogleraar huisartsgeneeskunde
H.F.J.M. Crebolder	Hoogleraar huisartsgeneeskunde
P.E.L.M. Smeets-Rinkens	Onderzoeksassistente vakgroep huisartsgeneeskunde
J.Blommaert	Universitair docent vakgroep Berichtgeving Faculteit der Economische Wetenschappen

**Verantwoording**  
Ter publikatie aangeboden.

### 9.1 Inleiding

In het hier beschreven onderzoek gaat het om de vraag in hoeverre huisartsen duidelijke voorkeuren hebben voor bepaalde onderwerpen in de samenwerking met de universiteit, en of zij deze ook weten te realiseren. Deze vragen zijn van belang in verband met de planning van een dergelijke samenwerking. Daarbij speelt een centrale rol in hoeverre een relatief ongestuurd vraag-aanbod mechanisme leidt tot bevredigende resultaten voor de samenwerkingspartners. Verondersteld werd dat de huisarts als generalist in de gezondheidszorg, ook bij participatie aan onderwijs en onderzoek breed geïnteresseerd zou zijn. De keuze voor uiteindelijke participatie vindt niet alleen plaats op basis van de geformuleerde inhoudelijke of thematische voorkeur. Bij elke universitaire vraag wordt afgewogen of het totale pakket (inhoud, organisatie, belasting voor huisarts/patiënt en financiën) interessant genoeg is om deelname toe te zeggen. Aanleiding van het onderzoek was het besluit van het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg goedkeuring te verlenen aan het plan te komen tot een betere coördinatie van de samenwerking met het huisartsgeneeskundige veld. Met de oprichting van een zogenaamd Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL) werd een enquête (de vormgeving) gehouden onder de huisartsen van de toenmalige universitaire regio. De regio betrof het geografische gebied, beginnend bij Maastricht en eindigend bij de denkbeeldige lijn Venlo-Helmond-Eindhoven. Het ingestelde Coördinatiebureau Eerste Lijn startte



aldus haar activiteiten met een inventarisatie van de voorkeuren van de huisartsen in het werkgebied. Doelstelling van deze inventarisatie was bij toekomstig onderwijs en onderzoek rekening te houden met de voorkeuren van de huisartsen op het gebied van onderwijs en onderzoek. Het bleek echter al snel dat het onmogelijk was structureel rekening te houden met de opgegeven voorkeuren. Doorgaans werd gekozen voor een benadering van het totale veld, ten einde de keuze voor deelname aan een specifiek project telkens geheel aan de huisartsen over te laten.

Het is dan ook mogelijk na te gaan in hoeverre huisartsen, zonder directe sturing dan wel specifieke benaderingsstrategie vanuit de universiteit, de eigen voorkeur, opgegeven in 1988, in de jaren 1989 t/m 1992 daadwerkelijk volgden.

Vraagstelling van het onderzoek is welke de voorspellende betekenis is van de door de huisartsen opgegeven voorkeuren in het kader van de participatie aan universitair onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Inzicht op dit terrein is van belang omdat aldus duidelijk wordt of huisartsen in de praktijk daadwerkelijk rekening houden met tevoren opgegeven voorkeuren. Als dat laatste het geval is, zou bij nieuwe projecten een meer gerichte en efficiënte benadering in aanmerking komen.

## **9.2 Methode en populatiebeschrijving**

Het onderzoek werd verricht door vergelijking van de gegevens van de in 1988 gehouden voormeting, met de concrete participatie-gegevens van de regionale huisartsen, aan drie uitgevoerde onderwijs- en vijftien onderzoeksprojecten in de periode tot 1993.

De voormeting vond plaats middels een gestructureerde, schriftelijke enquête onder 350 huisartsen in de universitaire regio van de Rijksuniversiteit Limburg. Bij de bekendmaking van de start van het Coördinatiebureau Eerste Lijn vond een éénmalige benadering van deze huisartsen plaats. In de enquête werd naast de persoonskenmerken van de huisarts, gevraagd naar een aantal praktijkkenmerken (organisatie- en urbanisatiegraad, spreekuur-vorm) en naar structurele samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn en met klinische specialismen. Belangrijkste onderdeel van de voormeting was de specifieke belangstelling van de huisarts op het gebied van onderwijs en onderzoek.

Nadat de algemene vraag naar de belangstelling voor onderwijs- en/of onderzoekparticipatie gesteld was, werd gevraagd een nadere differentiatie van deze belangstelling aan te geven. Binnen de onderwijscomponent kon de huisarts aangeven of hij/zij geïnteresseerd was in de onderdelen:

1. Oriëntatie Eerste Lijn (kennismakingsstage in studiejaar 1)
2. Praktisch Medisch Onderwijs in de huisartspraktijk (coschap in studiejaar 5/6)
3. Huisartsopleiding (de inmiddels 2-jarige specialisatie tot huisarts)

Voor het onderzoeksgedeelte werd een onderscheid gemaakt in:

- 1  
Medisch onderzoek in de praktijk:
  - a. waarde diagnostische gegevens
  - b. effect van therapieën
  - c. prognose van aandoeningen
- 2  
Functioneren van de huisarts
  - a. kwaliteit van handelen
  - b. huisarts-patiënt relatie
  - c. intercollegiale toetsing
- 3  
Psycho-sociale klachten in de huisartspraktijk
  - a. beloop
  - b. beïnvloedingsaspecten
- 4  
Onderzoek van onderwijs in de huisartspraktijk
- 5  
Begeleiding chronisch zieken; thuiszorg

De gegevens van deze voormeting werden gerelateerd aan de informatie over concrete participatie van de huisartsen aan onderwijs- en onderzoeksprojecten, geïnitieerd vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde (de nameting; peiling 1993). In maart 1993 werd daarom aan alle onderzoekers/coördinatoren van drie onderwijs- en vijftien onderzoeksprojecten gevraagd welke huisartsen daadwerkelijk aan de projecten hadden deelgenomen in de periode 1989 t/m 1992.

Voor het onderwijsdeel was de relatie tussen voor- en nameting een directe, aangezien beide metingen relevante informatie bevatten over de onderdelen Oriëntatie Eerste Lijn, Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk en de Huisartsopleiding.

Voor het onderzoeksdeel moest echter een vertaalslag plaatsvinden; een panel van 2 hoogleraren huisartsgeneeskunde, op de hoogte van de uitgevoerde onderzoeksprojecten, gaf aan welke concrete projecten behoorden tot bovengenoemde vijf onderzoekscategoriën van de voormeting. Dit leidde tot de indeling zoals aangegeven in tabel 9.1.

De classificatie van de projecten in de onderzoekscategoriën door de twee panelleden geschiedde onafhankelijk van elkaar; er waren geen verschillen van mening tussen de twee panelleden. Wel gaven de panelleden bij sommige projecten aan dat er ook een tweede ordeningsmogelijkheid bestond. Bij de analyse is echter alleen rekening gehouden met de overeenkomende, eerste voorkeuren van de panelleden.

De data-analyse vond plaats door middel van frequentieverdelingen en kruistabellen. De relatie tussen voormeting en nameting werd uitgedrukt in relatieve risico's (met bijbehorende p-waarden volgens Pearson's chikwadraat toets en indien nodig volgens de Fisher exact test en 95% betrouwbaarheidsintervallen), waarbij het daadwerkelijk participatiepercentage onder huisartsen die een bepaalde voorkeur vooraf hadden werd gedeeld door het overeenkomstige percentage onder huisartsen zonder die voorkeur.

**Tabel 9.1 Overzicht indeling onderzoeksprojecten (nameting) in de categorieën van de voormeting.**

<b>Categorie in de VOORMETING</b>	<b>Projecten in de NAMETING</b>
Medisch onderzoek in de huisartspraktijk	<p>Optimale beschrijving en implementatie van een cholesterol-standaard in de huisartspraktijk<sup>2,3</sup></p> <p>Prostaathyperplasie in de huisartspraktijk<sup>4,5</sup></p> <p>Hartritmestormen</p> <p>Diagnostiek van hypertensie in de huisartspraktijk<sup>6</sup></p> <p>Perifeer Arterieel Vaatlijden in de huisartspraktijk; natuurlijk beloop en interventie<sup>7,8,9</sup></p> <p>Primaire preventie van AtheroTrombolische processen bij non-valvulair Atrium Fibrilleren in de huisartspraktijk (PATAF)<sup>10</sup></p> <p>Het effect van influenza-vaccinatie in de huisartspraktijk<sup>11,12</sup></p> <p>Applicability of 24 hour bloodpressure registration in general practice (24 uren bloeddrukmeting in de huisartspraktijk)<sup>13</sup></p> <p>Niet-acute buikklachten in de huisartspraktijk<sup>14,15</sup></p>
Functioneren van de huisarts	<p>Gezamenlijk consult huisarts-specialist in de huisartspraktijk voor problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat<sup>16</sup></p> <p>Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk<sup>17</sup></p> <p>Technische vaardigheden<sup>18,19</sup></p>
Psycho-sociale klachten in de huisartspraktijk	Somatisatie in het dagelijks leven: een huisartsgeneeskundig cohort-onderzoek <sup>20,21</sup>
Onderzoek van Onderwijs	Kennistoets <sup>22,23</sup>
Begeleiding chronisch zieken	Thuiszorgproject <sup>24,25</sup>

## 9.3 Resultaten

### De voormeting

De voormeting vond plaats in 1988. In totaal werden 350 huisartsen aangeschreven, waarvan er 153 (44%) reageerden. De verdeling van de voorkeuren wordt zichtbaar gemaakt in tabel 9.2.

Van de respondenten blijkt 24% geen belangstelling vooraf te hebben in participatie aan onderwijs en/of onderzoek. Van de wel geïnteresseerde 116 huisartsen blijkt een meerderheid van 68 huisartsen (58%) zowel onderwijs- als onderzoeksparticipatie te willen overwegen.

Ten aanzien van onderwijs was er brede belangstelling voor alle drie de onderdelen, waarbij de huisartsopleiding het hoogst scoort.

De huisartsen gaven verder aan met name geïnteresseerd te zijn in onderzoeksparticipatie aan projecten op het gebied van "Medisch Onderzoek in de huisartspraktijk" en "Functioneren van de huisarts".

### De nameting

In maart 1993 werd aan alle onderzoekers van 3 onderwijs- en 15 onderzoeksprojecten gevraagd welke huisartsen daadwerkelijk aan het projecten hadden deelgenomen in de periode 1989 t/m 1992. Het aantal participerende huisartsen varieert van project tot project. Voor het onderwijsproject Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk (PMOH) zijn jaarlijks 80 huisartsen nodig voor de opleiding van 120-140 studenten. Voor de huisartsopleiding worden permanent 66 aanstaande huisartsen opgeleid, hetgeen betekent dat er eveneens 66 huisartsen in de universitaire regio bereid moeten zijn deze opleiding voor de duur van momenteel 2 jaar te verzorgen. Bij de onderzoeksprojecten varieert het aantal deelnemende huisartsen sterk; van 12 huisartsen uit de regio Maastricht (gezamenlijk consult) via 125 huisartsen in de gehele regio Limburg/Brabant (Atrium Fibrileren=PATAF-studie) tot bijna 200 huisartsen met een landelijke spreiding (kennistoets en patiëntenvoorlichting).

**Tabel 9.2 De voormeting; geformuleerde voorkeuren van huisartsen ten aanzien van participatie aan onderwijs en onderzoek**

Belangstelling voor onderwijs en/of onderzoek	Voormeting 1988 n=153	
	n	%
belangstelling exclusief voor <b>onderwijs</b>	20	13
belangstelling exclusief voor <b>onderzoek</b>	28	18
belangstelling voor <b>onderwijs en onderzoek</b>	68	44
<b>geen belangstelling</b>	37	24
	153	100

Specificatie voorkeuren onderwijs	n=88	
	n	%
Oriëntatie Eerste Lijn	35	40
Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk	44	50
Huisartsopleiding	53	60
alle onderwijsonderdelen	3	3

Specificatie voorkeuren Onderzoek	n=96	
	n	%
Medisch onderzoek in de huisartspraktijk	59	63
Functioneren van de huisarts	59	63
Psycho-sociale klachten in de HA-praktijk	22	23
Onderzoek van Onderwijs	16	17
Begeleiding chronisch zieken	29	31
alle onderzoekscategorieën	4	4

## Verhouding voor- en nameting

Van de 153 huisartsen in de voormeting hebben er 109 (71%) in de periode 1989-1993 deelgenomen aan minimaal één project.

Slechts 44 huisartsen uit de voormeting hebben geen samenwerking gehad met de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Opvallend is dat van de 44 niet-participanten 13 huisartsen (30%) in 1988 aangaven belangstelling te hebben voor deelname aan zowel onderwijs als onderzoek; daarenboven gaven nog eens 5 en 4 huisartsen aan exclusieve belangstelling te hebben voor respectievelijk onderwijs of onderzoek. Van de 44 niet-participanten gaven dus 22 (50%) huisartsen wél een voorkeur voor onderwijs en/of onderzoek.

De relatie tussen voor- en nameting wat betreft het al dan niet deelnemen aan tenminste één project wordt weergegeven in tabel 9.3.

Van de 109 huisarts-participanten gaf slechts 14% bij de voormeting aan in het geheel niet geïnteresseerd te zijn; de overige 94 huisartsen hadden belangstelling voor onderwijs en/of onderzoek.

De participatiegraad van huisartsen, die vooraf al dan niet interesse hadden in deelname, was respectievelijk 81% (94/116) en 41% (15/37), hetgeen overeenkomt met een relatief risico (RR) van 2.0 (95% betrouwbaarheidsinterval 1.3 - 3.0;  $p < 0.001$ ).

**Tabel 9.3 Onderwijs en/of onderzoek algemeen**

Onderwijs en/of onderzoek algemeen	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	94	22	116
-	15	22	37
Totaal	109	44	153

Relatief risico = 2.0

95% confidence interval = 1.3 - 3.0

Pearson  $p = 0.00$

Geconstateerd kan worden dat er een duidelijk verband bestaat tussen de door de huisartsen opgegeven voorkeuren en de daadwerkelijk participatie aan universitaire projecten. Toch besluit 41% van de huisartsen zonder belangstelling vooraf, uiteindelijk toch om aan universitair onderwijs en/of onderzoek te gaan deelnemen.

Hoewel procentueel meer huisartsen uit de onderzoekspopulatie deelnemen aan onderzoek dan aan onderwijs is het verband tussen voor- en nameting voor het onderwijs sterker dan voor het onderzoek (RR is respectievelijk 2.0 en 1.8).

Het verband tussen de in 1988 opgegeven voorkeuren en de daadwerkelijke participatie aan universitaire projecten is het grootst bij de reeds langer bekende onderwijsprojecten Huisartsopleiding (RR=8.7;  $p < 0.001$ ) en het coschap Praktisch Medisch Onderwijs in de huisartspraktijk (RR=3.7;  $p < 0.001$ ).

Bij de onderzoeksprojecten is het verband het grootst bij de projecten in de categorie 'Medisch onderzoek in de praktijk' (RR=1.7;  $p < 0.001$ ). Bij twee onderzoeksprojecten kan het verband niet berekend worden, enerzijds doordat géén van de huisartsen uit

de onderzoekspopulatie uiteindelijk aan het project deelnam (project 'technische vaardigheden'), anderzijds doordat de gegevens van de deelnemende huisartsen bij het afsluiten van de analysefase nog niet bekend waren (project 'kennistoets')

De tabellen 9.4 tot en met 9.10 geven de diverse verbanden tussen voor- en nameting van de diverse onderwijs- en onderzoeksprojecten of categorieën. Van drie onderzoekscategorieën wordt het verband niet gegeven aangezien het panel slechts één project in de betreffende categorie onderbracht.

## 9.4 Beschouwing

De resultaten geven aan, dat er een verband bestaat tussen door huisartsen uitgesproken voorkeuren en de uiteindelijke participatie aan universitaire projecten. Zelfs zonder directe sturing in de vorm van een gestratificeerde benaderingsstrategie is het verband tussen de voor- en de nameting in het algemeen duidelijk. Dat het verband bij de onderwijsprojecten groter is dan bij de onderzoeksprojecten was te verwachten. Bij het uitspreken van de voorkeuren waren de onderwijsprojecten Oriëntatie Eerste Lijn (OEL), Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk (PMOH)<sup>1</sup> en de Huisartsopleiding (HAO) reeds bij de huisartsen bekend. Sommige huisartsen waren zelfs reeds verbintenissen met de vakgroep aangegaan voor een samenwerking op één van deze terreinen. De huisarts wist dan ook in 1988 waar ja of nee tegen werd gezegd. Ten aanzien van onderzoek was de situatie nadrukkelijk anders. De huisartsen spraken een eventuele voorkeur uit voor een vijftal onderzoekscategorieën, zonder op dat moment te weten welke projecten in het kader van die categorieën in de verdere toekomst zouden worden ontwikkeld en uitgevoerd.

Het verband is echter zodanig dat aangenomen mag worden dat huisartsen vooral op basis van inhoudelijke voorkeuren aan specifieke projecten gaan deelnemen. Het wordt aanbevolen de toekomstige benaderingsstrategie meer af te stemmen op de door de huisartsen uitgesproken voorkeuren. Het gericht benaderen en werven van huisartsen voor universitaire projecten kan voordelen hebben voor zowel de universiteit als de huisarts. Voor de universiteit werkt een dergelijke benadering waarschijnlijk kosten-effectiever, aangezien momenteel (zelfs voor kleinere projecten) de gehele regio van circa 600 huisartsen regelmatig benaderd wordt. Voor de huisarts is het een voordeel dat er geen benaderingspoging wordt ondernomen indien vooraf is aangegeven dat voor het specifieke onderwerp geen belangstelling bestaat. Het aantal onnodige benaderingen van de praktijk neemt daardoor aanzienlijk af.

Aanbevolen wordt om de inventarisatie nogmaals te herhalen na hernieuwde vaststelling van de categorieën waarvoor belangstelling kan worden uitgesproken. Het uitvoeren van deze inventarisatie in nauwe samenwerking met de DHV (Districts Huisartsen Vereniging) zal de respons waarschijnlijk kunnen verhogen.

In de huisartsgeneeskundige literatuur kon geen ander onderzoek op dit gebied gevonden worden. De studie kent uiteraard beperkingen. De non-respons in de voormeting is aan de hoge kant. Verwacht mag worden dat bij een hernieuwde inventarisatiemeting met bekendmaking van het expliciete doel en met steun van de huisartsenvereniging de non-respons verkleind kan worden. Daarbij zou, in tegenstelling tot het hier beschreven onderzoek een reminder verstuurd kunnen worden.

Een mogelijke, tweede beperking betreft de vraag of de resultaten van dit onderzoek zonder meer generaliseerbaar zijn naar andere universitaire regio's. Vergelijkbaar onderzoek is niet gepubliceerd, zodat hierover moeilijk uitspraken te doen zijn. De onderzoekers hebben wel de verwachting dat een meer gestructureerde benadering van huisartsen voor participatie aan onderwijs en onderzoek voor alle regio's zinvol is en dat ook in andere regio's een verband tussen voorkeuren en daadwerkelijke participatie gevonden zal worden.

Een sterke kant van onderzoek betreft het feit dat de huisartsen in het geheel niet zijn beïnvloed door kennis over de follow-up. De inventarisatie in 1988 werd gedaan als onderdeel van de bekendmaking van het zogenaamde Coördinatiebureau Eerste Lijn. In de jaren na 1988 werden steeds alle huisartsen geattendeerd op nieuwe projecten via schriftelijke communicaties (de nieuwsbrief van het coördinatiebureau, het Huisartsgeneeskunde bulletin van de vakgroep en andere informatie). De uitgesproken voorkeuren van de voormeting zijn nog niet gebruikt in de tot nu toe aangewende benaderingsstrategie.

Wij concluderen dat de benaderingsstrategie in de toekomst aangepast kan worden en kan overgaan in een meer gerichte sturing van vraag en aanbod.

In dat geval moet aan de huisartsen gevraagd worden een toekomstige inventarisatie-enquete niet te 'voorzichtig' in te vullen. Vanuit het vakgebied heeft de huisarts namelijk een breed perspectief en het gevaar bestaat dat de breedte van het vakgebied in de resultaten van de inventarisatie in te sterke mate wordt teruggevonden, zonder dat de eventueel bestaande voorkeur voldoende wordt benoemd. Nadrukkelijk vragen naar specifieke belangstellingen moet onderdeel zijn van een nieuwe inventarisatie.

## 9.5 Literatuur

- 1 Martens FMJG, Op't Root JMH. Practical Medical Education in General Practice. *Med Education* 1992; 26: 213-7
- 2 Weijden GDEM van der, Grol RPTM, Knottnerus JA. Optimal evaluation of national cholesterol guidelines in general practice [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 155
- 3 Weijden GDEM van der, Hutten JBF, Brandenburg BJ, Grol RPTM, Velden K van der. Cholesterol diagnosis and treatment in Dutch general practice. A comparison with national guidelines. In: Velden J van der, Bijl D, Brandenburg B, Hofstra M, Grol R. NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Eind-rapport. Utrecht: NHG, WOK, NIVEL
- 4 Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among elderly males: a population study in 2734 men. *J Urol* 1994; 152: 1467-70
- 5 Knottnerus JA, Wolfs GGMC, Muylers PEM. Benigne prostaathyperplasie: een probleem voor patiënt en huisarts. *Huisarts Wet* 1989; 32(11): 420-7
- 6 Brueren MM, Dinant GJ, Schouten BJ, Ree JW van. Hypertensiediagnostiek door de huisarts: de NHG-standaard getoetst aan de ambulante bloeddrukmeting. *Ned Tijd Geneesk*, 1995; 139(6): 278-82
- 7 Stoffers HEJH, Kaiser V, Kester A, Schouten H, Knottnerus JA. Peripheral Arterial Occlusive disease in General Practice: the reproducibility of the Ankle-Arm systolic pressure ratio. *Scan J Prim Health Care* 1991; 9: 109-14
- 8 Stoffers HEJH, Kaiser V, Knottnerus JA. Prevalence in general practice. In: Fowkes FGR. *Epidemiology of peripheral vascular disease*. London: Springer Verlag, 1991: 109-15
- 9 Stoffers HEJH, Kaiser JA. Het gebruik van het pocket-doppler apparaat bij perifere arteriële vaataandoeningen: een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 333-8
- 10 Langenberg M, Hellemons-Boode BSP, Ree JW van, Vermeer F, Lodder J, Knottnerus JA. Prevalence and risk-profile of atrial fibrillation in general practice [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 321
- 11 Govaert ThME, Dinant GJ, Aretz K, Masurel N, Sprenger MJW, Knottnerus JA. Adverse reactions to influenza vaccine in elderly people: randomised double blind placebo controlled trial. *Br Med J* 1993; 307: 988-90
- 12 Govaert ThME. Influenza bij ouderen. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994
- 13 Ree JW van, Pol G van der. Efficacy and tolerability of very low and medium dose felodipine in older patients with mild to moderate hypertension [submitted]



- 14  
Fijten GH. Rectal bleeding, a danger signal? Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993
- 15  
Muris JWM, Starmans R. Non acute abdominal complaints. Diagnostic studies in general practice and outpatient clinic. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993
- 16  
Vierhout WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994
- 17  
Grol R, Beurden W van, Binkhorst T, Toemen T. Patient education in Family Practice: the Consensus Reached by Patients, Doctors and Experts. Family Practice 1991; 2: 133-9
- 18  
Jansen JJM, Tan LHC, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. Toetsing van medisch-technische vaardigheden bij huisartsen: een vergelijking van drie verschillende methodes. In: Metz JCM, Scherpier AJJA, Houtkoop E (red). Gezond Onderwijs 2, NVMO, Nijmegen 1993: 159-63
- 19  
Jansen JJM, Tan LHC, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. Assessing technical clinical skills of general practitioners in the Netherlands: Results of a pilot project [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 388
- 20  
Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht uit de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1992; 35: 18-25,43
- 21  
Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar Huisarts en Wetenschap. Huisarts Wet 1992; 35: 65-9
- 22  
Leeuwen YD van, Pollemans MC, Dusman H, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. De huisartsgeneeskundige kennistoets constructvaliditeit en betrouwbaarheid. Elke maten meten wat?. In: Metz JCM, Scherpier AJJA, Houtkoop E (red). Gezond Onderwijs 2, NVMO, Nijmegen 1993: 164-8
- 23  
Leeuwen YD van, Eekhof JAH, Pollemans MC, Kramer AWM, Mol SSL. The knowledge test for general practice in the Netherlands: A consultation hour on paper [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 307
- 24  
Schonck RSM, Beusmans GMHI, Crebolder HFJM. Innovation in homecare for the elderly [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 6
- 25  
Schonck RSM, Beusmans GMHI, Grol R, Mellink R, Crebolder HFJM. Een consensusmethode voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de thuiszorg. Kwaliteit & Zorg 1993; 1: 135-47

**Tabel 9.4 Onderwijs algemeen**

Onderwijs algemeen	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	46	42	88
-	17	48	65
<b>Totaal</b>	<b>63</b>	<b>90</b>	<b>153</b>

*Relatief risico = 2.0*  
*95% confidence interval = 1.3 - 3.1*  
*Pearson  $p = 0.0011$*

**Tabel 9.5 Praktisch Medisch Onderwijs in de huisartspraktijk (co-schap jaar 5)**

PMO-H (coschap jaar 5)	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	9	35	44
-	6	103	109
<b>Totaal</b>	<b>15</b>	<b>138</b>	<b>153</b>

*Relatief risico = 3.7*  
*95% confidence interval = 1.4 - 9.8*  
*Pearson  $p = 0.005$*

**Tabel 9.6 Huisartsopleiding**

Huisartsopleiding	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	23	30	53
-	5	95	100
<b>Totaal</b>	<b>28</b>	<b>125</b>	<b>153</b>

*Relatief risico = 8.7*  
*95% confidence interval = 3.5 - 21.5*  
*Pearson  $p = 0.00$*

**Tabel 9.7 Oriëntatie Eerste Lijn**

Oriëntatie Eerste Lijn	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	16	19	35
-	19	99	118
<b>Totaal</b>	<b>35</b>	<b>118</b>	<b>153</b>

Relatief risico = 2.8

95% confidence interval = 1.6 - 4.9

Pearson  $p = 0.00025$

**Tabel 9.8 Onderzoek algemeen**

Onderzoek algemeen	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	69	27	96
-	23	34	57
<b>Totaal</b>	<b>91</b>	<b>62</b>	<b>153</b>

Relatief risico = 1.8

95% confidence interval = 1.3 - 2.5

Pearson  $p = 0.00012$

**Tabel 9.9 Medisch onderzoek in de huisartspraktijk.**

Medisch Onderzoek in de huisartspraktijk	Nameting 1993		Totaal
	+	-	
Voormeting 1988 +	37	22	59
-	35	59	94
<b>Totaal</b>	<b>81</b>	<b>72</b>	<b>153</b>

Relatief risico = 1.7

95% confidence interval = 1.2 - 2.3

Pearson  $p = 0.00212$

**Tabel 9.10 Functioneren van de huisarts.**

Functioneren van de huisarts		Nameting 1993		Totaal
		+	-	
Voormeting 1988	+	19	40	59
	-	21	73	94
<b>Totaal</b>		40	113	153
<i>Relatief risico = 1.4</i>				
<i>95% confidence interval = 0.8 - 2.4</i>				
<i>Pearson p = 0.176</i>				



## HOOFDSTUK 10

ONDERZOEK NAAR MANAGEMENT-ASPECTEN  
IN EEN VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE

R.J.J. KOCKEN

Beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde-Rijksuniversiteit  
Limburg, tevens coördinator Coördinatiebureau Eerste Lijn van de  
Rijksuniversiteit Limburg

P.E.L.M. SMEETS-RINKENS

Algemeen research-assistent van de vakgroep huisartsgeneeskunde

J.A. KNOTTNERUS

Hoogleraar huisartsgeneeskunde

**Verantwoording.**

De belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn gepubliceerd in:

Kocken RJJ, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. Onderzoek naar management-aspecten in een vakgroep huisartsgeneeskunde. Universiteit en Hogeschool 1992; 38(3): 136-44.

**10.1 Inleiding**

Door allerlei wettelijke kaders en richtlijnen wordt aan universitaire vakgroepen een bepaalde organisatiestructuur opgelegd. Het lijkt erop dat de wetgever grote inspraak en democratie beoogt en dat besluiten op basis van consensus tot stand moeten komen.

Ook de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde - Rijksuniversiteit Limburg is gestructureerd volgens de wettelijke voorschriften en kent dan ook een beleidsbepalend orgaan bestaande uit een zeer brede staf, een dagelijks bestuur met een hoofdzakelijk voorbereidende en uitvoerende functie en een vakgroepvoorzitter als spil in dit geheel. Met de komst van de beheerder kwam er nog een "figuur" bij, die in termen van management een bijdrage wilde leveren. Hoe wordt het management nu intern ervaren? Is er sprake van een positieve werkbeleving, resultaatgerichtheid, een juiste verdeling van bevoegdheid en verantwoordelijkheid? Hoe wordt er met informatie omgegaan en op welke wijze wordt overleg gevoerd en komen besluiten tot stand?

Dit waren enkele van de vele vragen die de onderzoekers bezighielden. Daarom werd er een onderzoek gestart onder 71 medewerkers van de vakgroep. Doel, methode en belangrijkste resultaten worden in het artikel beschreven.

De vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg (RL) heeft in de afgelopen 5 jaar een grote inhoudelijke en organisatorische ontwikkeling doorgemaakt. De aanwezige formatie groeide tussen 1987 en 1991 van zo'n 20 Fte (full-time equivalent) naar een niveau van ruim 60 Fte (verdeeld over 110 medewerkers).

Alhoewel dit onderzoek geen direct verband heeft met het proces van samenwerking van een universitaire vakgroep met het veld van praktizende huisartsen mag worden aangenomen dat de percepties van de medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde over het management<sup>1-5</sup> van indirecte invloed zijn op de concrete invulling van de samenwerkingsrelaties. Een gemotiveerde en resultaatgerichte onderzoeker of docent met een zelfstandige bevoegdheid en verantwoordelijkheid zal naar alle waarschijnlijkheid sneller geneigd zijn aandacht te geven aan de samenwerking met het veld.

## 10.2 Vraagstelling

Om het noodzakelijke inzicht in de beleving van het management<sup>1-6</sup> te verkrijgen is in de vakgroep een onderzoek gestart naar een aantal management-aspecten in de eigen organisatie. Het interne onderzoek "Management binnen de vakgroep huisartsgeneeskunde" had tot doel de actuele toestand vast te stellen van een aantal aspecten samenhangend met het management in die groep.

De volgende aspecten werden hierbij geëvalueerd:

1. Werkbeleving en werkomgeving
2. Resultaatgerichtheid
3. Functie, functiebeeld, functie-uitoefening
4. Bevoegdheid en verantwoordelijkheid
5. Besluitvormingsprocessen en overlegstructuren
6. Informatie en informatievoorziening
7. Leiding, controle en begeleiding

De onderzoekers waren geïnteresseerd in de volgende specifieke vragen:

- \* Bestaan er op het gebied van de beleving van het management verschillen tussen de medewerkers met een wetenschappelijke functie enerzijds en het zogenaamd niet-wetenschappelijk personeel anderzijds?
- \* Verandert de perceptie ten aanzien van het management naarmate men langer werkzaam is in de vakgroep?
- \* Is dit tevens het geval indien men met een hogere werktijdsfactor in de vakgroep werkzaam is?

## 10.3 Methode/populatie-beschrijving/respons

Het onderzoek werd verricht door middel van een schriftelijke enquête, die verspreid werd onder die medewerkers in vaste en tijdelijke dienst, die hun werkplek in één van de 2 kantoorunits van de vakgroep hebben. De huisartsen, aangesteld bij de vakgroep, maar hun werkzaamheden primair verrichtend vanuit de eigen huisartspraktijk, werden niet ondervraagd, omdat zij gezien hun specifieke taak minder betrokken zijn bij het *interne* management van de vakgroep. Aangeschreven werden in totaal 71 medewerkers, waarvan er in totaal 48 behoorden tot de categorie wetenschappelijk perso-

neel (onderzoekers, docenten e.d.) en 23 tot het onderwijs- en onderzoekondersteunend personeel (secretarissen, onderzoek-assistenten e.d.).

In totaal reageerden 46 medewerkers (65%), te weten 31 leden van het wetenschappelijk personeel (respons 65 %) en 15 leden van het niet-wetenschappelijk personeel (respons 65%).

Van de 46 respondenten werkten in totaal 28 medewerkers minder dan 5 jaar bij de organisatie, terwijl 18 medewerkers 5 jaar of langer waren aangesteld.

Ten aanzien van de werktijdfactor kan worden vermeld dat 13 medewerkers minder dan 0,5 Fte aangesteld waren en 33 medewerkers 0,5 Fte of meer.

De medewerkers ontvingen een anonieme vragenlijst met 36 stellingen. Op een 5-punts schaal kon worden aangegeven of men het met de betreffende stelling volledig eens, eens, noch eens noch oneens, oneens of volledig oneens was.

Via een hercodering, waarbij 'volledig mee eens' 2 punten scoorde en 'volledig mee oneens' -2 punten, werden per item gemiddelde scores berekend. Van gemiddelden in de nabijheid van 0 kan gezegd worden dat de deelnemers vrij neutraal staan ten opzichte van de stelling. Bij een gemiddelde score van -2 is er volledige overeenstemming, met dien verstande dat iedereen 'volledig oneens' heeft geantwoord.

Er waren aanvullende vragen over de werktijdfactor, aantal ervaringsjaren in de eigen vakgroep en of men tot het wetenschappelijk dan wel het niet-wetenschappelijk personeel behoorde.

Tenslotte was er nog gelegenheid in de vorm van open vragen opmerkingen te maken in meer algemene zin. Verschillen tussen subgroepen werden getoetst door middel van T-toets voor verschillen tussen gemiddelden, waarbij een tweezijdige significantiedrempel van 0.05 werd gehanteerd.

## 10.4 Resultaten

### Werkbeleving, status en werkomgeving

Geconcludeerd kan worden dat de medewerkers van de vakgroep goed te spreken zijn over hun werk (gemiddelde score 1,37) en graag bij de vakgroep werken (1,31). Deze waardering staat echter in contrast met de opvattingen over de werkomgeving. 35% van de medewerkers ervaart de werkomgeving *niet* als inspirerend en motiverend, terwijl 42% van mening is dat de vakgroep *niet* over voldoende hulpmiddelen en voorzieningen beschikt, noodzakelijk voor de uitoefening van taken.

Met betrekking tot de mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen bestaat een licht positief beeld. De gemiddelde score van 0,57 mag gezien de inspanningen in de vakgroep laag genoemd worden. Daarentegen bestaat er grote overeenstemming over de positieve waarde van de flexibele werktijdregeling (gemiddelde score 1,36).

Dat er in een wetenschappelijk bedrijf statusverschillen worden ervaren tussen het wetenschappelijk personeel (WP) en de personeelscategorie "onderwijs- en onderzoek-ondersteunend personeel" (OBP) was te verwachten.

De gemiddelde score van 0,40 geeft een lichte tendens in de richting van "mee eens" aan. Alhoewel statusverschillen door het niet-wetenschappelijk personeel meer worden ervaren (score 0,79) dan door het wetenschappelijk personeel (score 0,23) is er geen sprake van een significant verschil ( $p=0,11$ ).



## **Resultaatgerichtheid**

In de afgelopen jaren is er in toenemende mate aandacht gevraagd voor het totale resultaat van de vakgroep, meetbaar in onderwijskwaliteit (rendement e.d.) en outputcijfers in het onderzoek (publikaties, citatie-quotes e.d.).

De verwachting bestond dat deze resultaatgerichtheid ook voor de individuele medewerkers consequenties zou moeten hebben. De medewerkers geven aan een sterke behoefte te voelen om goede resultaten te halen (score 1,48) en zich maximaal in te spannen om die beoogde resultaten te behalen (1,54).

Toch zijn er nog 16 medewerkers (34%) die van mening zijn dat middelmatigheid in de vakgroep geaccepteerd is.

## **Functie, functiebeeld en functie-uitoefening**

Een belangrijke factor van de functie-uitoefening is de duidelijkheid over de eisen die aan de functie worden gesteld. De functie-eisen worden door de medewerkers als duidelijk ervaren (1,02). Ook de planning van de werkzaamheden wordt in voldoende mate besproken (1,02), terwijl er regelmatig meer uren gewerkt wordt, dan waarvoor men betaald wordt (1,13). De medewerkers krijgen regelmatig complimenten over de behaalde resultaten (0,52). Er is weinig stimulans om meer risico (op het maken van fouten of het overtreden van de eigen verantwoordelijkheidsgrens e.d.) te nemen op de momenten dat het werk af moet (0,12).

## **Bevoegdheid en verantwoordelijkheid**

De medewerkers zijn van mening over voldoende bevoegdheden te beschikken om het werk goed te doen (1,20), terwijl men in hoge mate zelfstandig beslissingen kan nemen (1,26). Men voelt een grote persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen werkzaamheden (1,13) en wordt op die verantwoordelijkheid ook aangesproken (1,26).

## **Besluitvormingsprocessen en overlegstructuren**

Dit onderdeel van de enquête leverde voor de vakgroep negatieve resultaten op.

De medewerkers van de vakgroep vinden dat de vakgroep voor het nemen van besluiten veel tijd nodig heeft (1,04), terwijl de kwaliteit van de besluiten als relatief laag wordt beschouwd (0,29). De vergaderfrequentie levert een tamelijk diffuus beeld op; 36% is van mening dat er te veel vergaderd wordt, terwijl 19% het hiermee niet eens is. De overige medewerkers spreken geen mening uit (45%).

Ook de waarde van de vergaderingen van de vaste commissies in de vakgroep is onderzocht. De researchgroep-vergaderingen worden als nuttig en zinvol ervaren in relatie tot de tijdsinvestering, hetgeen van de onderwijsgroep-vergaderingen niet gezegd kan worden. Het bezoeken van de vergaderingen van het Algemeen Bestuur (volgens het wettelijke kader het besluitvormend orgaan van de vakgroep) wordt als weinig zinvol ervaren in relatie tot de tijd, die het kost (0,41), terwijl men er naar neigt te oordelen dat het Algemeen Bestuur te kort schiet als besluitvormend orgaan van de vakgroep (0,75). 40% Van de medewerkers is van mening dat de besluiten genomen worden door een kleine selecte groep personen binnen de vakgroep.

## **Informatie en informatievoorziening**

De informatievoorziening naar individuele medewerkers (schriftelijk en mondeling) wordt als net voldoende ervaren (0,30), terwijl men in ruim voldoende mate op de hoogte wordt gesteld van de behaalde resultaten (1,02).

## Leiding, controle en begeleiding

In elke matrixorganisatie bestaat het gevaar dat een meerhoofdige leiding onvoldoende duidelijkheid biedt. Voor de medewerkers van de vakgroep blijkt dit geen probleem; het is vrij duidelijk wie in directe zin leiding geeft (1,00).

De begeleiding wordt *niet* als onvoldoende ervaren (-0,51), terwijl de werkzaamheden niet overdreven, maar wel regelmatig gecontroleerd worden (0,27).

## Vergelijking wetenschappelijk versus ondersteunend personeel

Belangrijk onderdeel van het management-onderzoek betrof de vaststelling van eventuele verschillen qua opvatting tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel. In **tabel 10.1** worden de significante verschillen weergegeven.

Voorzichtig mag geconcludeerd worden dat het onderwijs- en onderzoekondersteunend personeel in mindere mate verantwoordelijk wordt gesteld voor de resultaten en minder gestimuleerd wordt risico's te nemen. Het wetenschappelijk personeel is meer dan het ondersteunend personeel van mening dat het algemeen bestuur als besluitvormend orgaan van de vakgroep tekortschiet. De vergaderfrequentie wordt door het WP (Wetenschappelijk Personeel) niet te hoog gevonden. Tenslotte staat het WP vrij neutraal tegenover de mening dat middelmatigheid in de organisatie geaccepteerd wordt, in tegenstelling tot het ondersteunend personeel, die vindt dat dat wel het geval is.

**Tabel 10.1 Vergelijking wetenschappelijk versus ondersteunend personeel (WP-OBP)**

Onderwerp	Gemiddelde score		Pvalue
	WP (n=31)	OBP (n=15)	
Middelmatigheid wordt <i>niet</i> geaccepteerd in dit bedrijf	0.32	-0.67	0.009
U spant u maximaal in om het beoogde resultaat te behalen	1.39	1.87	0.004
U wordt gestimuleerd om meer risico te nemen als het werk af moet	0.40	-0.64	0.01
U heeft een persoonlijke verantwoordelijkheid voor de resultaten	1.48	0.40	0.002
Er wordt in het algemeen te veel overlegd	-0.03	0.85	0.006
U werkt regelmatig meer uren dan waarvoor u betaald wordt	1.48	0.36	0.0013
Het Algemeen Bestuur schiet als besluitvormend orgaan van de vakgroep tekort	0.94	0.31	0.035
Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van -2      - in het geheel niet mee eens      tot +2      - volledig mee eens			

### **De invloed van de werktijdfactor**

In de organisatie wordt op grote schaal part-time gewerkt; van de respondenten werkt 28% minder dan 0,5 Fte (full-time) equivalent (1 full-time equivalent = 100% werktijdfactor), terwijl slechts 33% een full-time aanstelling heeft. Het is dan ook belangrijk na te gaan of de werktijdfactor van invloed is op de mening over de diverse management-aspecten in de vakgroep. Uit het onderzoek blijkt dat de medewerkers, die meer dan 0.5 Fte in de vakgroep werkzaam zijn, in het algemeen negatiever staan ten opzichte van de invulling van het management; zij zijn sterker van mening dat de vakgroep voor het nemen van besluiten te veel tijd nodig heeft, dat het Algemeen Bestuur als besluitvormend orgaan te kort schiet en dat de informatievoorziening naar individuele medewerkers niet optimaal is.

### **De invloed van de werkervaring in de vakgroep**

De vakgroep huisartsgeneeskunde kende de afgelopen jaren een stormachtige groei; 61% van de respondenten geeft aan minder dan 5 jaar bij de vakgroep te werken, terwijl slechts 39% langer dan 5 jaar in de vakgroep werkzaam is.

Het blijkt dan ook van evident belang na te gaan of de scores veranderen naar mate men langer in de vakgroep aangesteld is. Met elkaar werden vergeleken zij die langer en zij die korter dan 5 jaar in de vakgroep werkzaam waren.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de medewerkers, die langer dan 5 jaar werkzaam zijn minder tevreden zijn over de informatievoorziening en de mate waarin de planning van de werkzaamheden met hen besproken wordt. Ook de begeleiding, alhoewel *niet* onvoldoende genoemd, scoorde bij de langer werkenden significant lager dan bij de medewerkers met minder werkervaring. De omgeving waarin gewerkt wordt, wordt minder inspirerend en motiverend genoemd naarmate men langer in de organisatie werkzaam is. De waardering voor hetgeen gerealiseerd is neemt geleidelijk aan af naarmate men langer in de organisatie werkzaam is.

Tenslotte zijn de medewerkers met grotere interne werkervaring in hogere mate ontevreden over het Algemeen Bestuur als besluitvormend orgaan.

In tabel 10.2 en 10.3 worden respectievelijk de meest positieve en de als negatief ervaren management-onderdelen beschreven.

**Tabel 10.2 Top 7 Positieve management ervaringen n=46**

	Scores totale groep Gemiddelde score	Standaard-deviatie
U spani u maximaal in om het beoogde resultaat te behalen	1.54	0.09
U heeft een sterke behoefte om goede resultaten te behalen	1.48	0.09
U bent enthousiast over uw werk	1.37	0.11
U vindt het plezierig te werken in een organisatie met flexibele werktijden	1.36	0.12
U werkt graag bij de vakgroep	1.31	0.10
U heeft de bevoegdheid zelf beslissingen te nemen die noodzakelijk zijn om uw werkzaamheden uit te voeren	1.26	0.11
U wordt verantwoordelijk gesteld voor uw eigen werkzaamheden	1.26	0.10

*Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van*

-2 - in het geheel niet mee eens  
tot +2 - volledig mee eens

**Tabel 10.3 Top 7 Negatieve management ervaringen n=46**

	Scores totale groep Gemiddelde score	Standaarddeviatie
Voor het nemen van besluiten heeft de vakgroep veel tijd nodig	1.04	0.16
Het Algemeen Bestuur schiet als besluitvormend orgaan van de vakgroep tekort	0.75	0.13
Besluiten worden genomen door een kleine groep in de vakgroep	0.69	0.13
De scheiding qua locatie is problematischer dan verwacht	0.47	0.17
Deelname aan de Onderwijsgroepvergadering kost veel tijd in relatie tot de zin en het nut ervan	0.47	0.13
De omgeving waarin u werkt vindt u inspirerend en motiverend	0.43	0.16
Deelname aan de stafvergadering (AB) kost u veel tijd in relatie tot de zin en het nut ervan	0.41	0.15

*Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal, variërend van*

-2 - in het geheel niet mee eens  
tot +2 - volledig mee eens

## 10.5. Discussie

De medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde werken graag bij deze organisatie en zijn goed te spreken over hun werk. Er bestaat een sterke behoefte om goede resultaten te behalen en men meent in de regel een maximale inspanning te leveren om de beoogde resultaten te behalen. Ook het flexibele beleid inzake de werktijden wordt als zeer belangrijk en positief ervaren. De functie-eisen zijn voldoende duidelijk en de medewerkers hebben voldoende bevoegdheden om hun werk goed te doen. De individuele medewerker voelt en krijgt voldoende verantwoordelijkheid binnen het eigen taakgebied. Begeleiding en controle worden redelijk positief ervaren. Punt van zorg is het onderwerp "besluitvormingsprocessen" en overlegstructuren". Het nemen van besluiten vraagt naar het oordeel van de respondenten veel tijd, terwijl tegelijkertijd geconstateerd wordt dat de kwaliteit van die besluiten *niet* beter is. Het Algemeen Bestuur schiet, met name in de ogen van het wetenschappelijk personeel, tekort als besluitvormend orgaan van de vakgroep en deelname aan de vergadering van het Algemeen Bestuur wordt dan ook als weinig zinvol beschouwd in relatie tot de tijd die het bijwonen van deze vergaderingen kost. 40% Van de medewerkers is van mening dat de besluiten genomen worden door een kleine selecte groep personen binnen de vakgroep. Naarmate medewerkers langer bij de vakgroep werken stellen zij hogere eisen aan de aspecten planning, informatievoorziening, begeleiding en motivatie en inspiratie op de werkplek. Naarmate men een hogere werktijdfactor heeft (> 0,5 Fte aanstelling bij de vakgroep) wordt negatiever gedacht over de onderwerpen besluitvaardigheid en informatievoorziening. Er blijken verschillen te zijn in perceptie en beleving van het management tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel. Met name het niet-wetenschappelijk personeel is van mening dat middelmatigheid redelijk geaccepteerd is in de vakgroep en dat er in het algemeen te veel tijd wordt besteed aan vergaderingen en overleg. Voorts blijkt dat deze personeelscategorie in mindere mate verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld voor de eigen werkzaamheden en minder wordt gestimuleerd om risico's te nemen. Er wordt door beide categorieën in lichte mate een statusverschil ervaren tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel.

De volgende *aanbevelingen* kunnen op basis van dit onderzoek worden geformuleerd:

1

De vakgroep zal zich moeten beraden over de waarde van het Algemeen Bestuur (als besluitvormend orgaan)

2

Ook over het hele besluitvormingsproces als zodanig moet worden nagedacht

3

De informatievoorziening naar individuele medewerkers toe kan verbeterd worden.

## 10.6 Literatuur

1

Mackenzie RA. Management Process. Harvard Business Review, 6, 1969

2

Botter CH. Industrie en organisatie; een verkenningstocht. Kluwer/NIVE, 1970

3

Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie: Theorie en toepassing. H.E. Stenfert Kroese BV. Leiden/Antwerpen, 1985

4

Scapens RW. Management Accounting: A review of recent developments. McMillan Education Ltd. United Kingdom, 1987

5

Schieman CJ. Beheersing van bedrijfsprocessen. H.E. Stenfert Kroese. Leiden, 1975



# HOOFDSTUK 11

## ALGEMENE BESCHOUWING EN

## AANBEVELINGEN

### 11.1 Inleiding

De samenwerking van universiteiten met het huisartsgeneeskundig veld verloopt in principe langs twee parallelle lijnen, academisering en affiliatie. **'Academisering'** betekent dan de gestructureerde / geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van (de integratie van) wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg.

De voor deze samenwerking noodzakelijke infrastructuur wordt vervolgens het 'academiseringsnetwerk' genoemd.

Academisering kan in historisch perspectief op twee manieren gezien worden. De eerste academiseringsvorm betreft de opname van de discipline huisartsgeneeskunde in het universitaire bestel, waarbij pas in 1977 bij alle Nederlandse universiteiten een leerstoel huisartsgeneeskunde ingesteld was. De tweede academiseringsvorm betreft het proces van structurering van de samenwerking tussen universiteit en huisarts voor de uitvoering van onderwijs en onderzoek enerzijds en voor de noodzakelijke innovatie en kwaliteitsbewaking van de patiëntenzorg anderzijds. Deze tweede vorm wordt bestudeerd in dit proefschrift.

**'Affiliatie'** wijkt in zoverre af van academisering, dat bij affiliatie de nadruk niet direct ligt op de integratie van onderwijs of onderzoek met de patiëntenzorg, maar meer op de uitvoering van huisartsgeneeskundig onderwijs en onderzoek op het gewenste kwalitatieve niveau. Er is een verschil in omvang, intensiteit en continuïteit van de samenwerking tussen de universiteit en de geaffilieerde huisarts(praktijk). De gemaakte afspraken gelden doorgaans voor een specifiek onderwijs- of onderzoeksproject en slechts voor de duur van dat project (variërend van 1 tot 3 jaar). Dat laat onverlet dat vele 'affiliatie-huisartsen' langdurig en op een kwalitatief hoog niveau aan diverse projecten hun bijdrage verlenen of hebben verleend.

Voor elke klinische, universitaire vakgroep is het belangrijk op een structurele wijze toegang te hebben tot het eigen veld van gezondheidzorg. Dat geldt ook voor het vakgebied huisartsgeneeskunde. Zonder directe toegankelijkheid van het huisartsgeneeskundige veld van praktiserende huisartsen is de uitvoering van (praktisch medisch) onderwijs en wetenschappelijk onderzoek onmogelijk.

Vanaf de tachtiger jaren hebben de Nederlandse vakgroepen huisartsgeneeskunde dan ook aandacht gehad voor dit onderwerp. Ervaringen zijn opgedaan met diverse typen van samenwerking, variërend van universitaire groepspraktijken tot incidentele samenwerkingsvormen. Toch blijkt dat de academisering van de huisartsgeneeskunde nog steeds niet een positie heeft gekregen vergelijkbaar met de academisering van de



intramurale, klinische vakgroepen. Op enkele plaatsen, zoals aan de Rijksuniversiteit Limburg zijn evenwel goede resultaten behaald, die wellicht een exemplarische functie kunnen hebben voor overeenkomstige ontwikkelingen bij andere vakgroepen huisartsgeneeskunde.

De samenwerking tussen deze twee partijen (universiteit enerzijds en praktiserende huisarts anderzijds) vraagt in toenemende mate om een professionele benadering, waarin verbetering van afstemming, coördinatie en organisatie kernbegrippen zijn. Dit proefschrift gaat dieper in op de wijze waarop de samenwerking tussen universiteit en huisarts gestalte kan krijgen en aan welke aspecten aandacht moet worden gegeven. Naast een beschrijving van de historische ontwikkeling van het vakgebied in het algemeen en de academische samenwerking tussen universiteit en huisarts in het bijzonder, wordt een case-studie gepresenteerd van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM). Tevens worden modellen aangereikt voor enerzijds de academisering van de huisartsgeneeskunde en anderzijds de werving van zogenaamde affiliatie-praktijken. In deze modellen is de belangrijkste literatuur op dit terrein aangevuld met de lokale ervaringen en bevindingen. Tenslotte worden 5 studies gepresenteerd met de volgende onderwerpen:

- Onderzoek naar de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland; wat is het doel, de definitie en de omschrijving van zo'n netwerk?
- Onderzoek naar inhoud, proces en uitkomst van de academisering van de huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg.
- Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek.
- Onderzoek naar management-aspecten in een vakgroep huisartsgeneeskunde.
- Planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in huisartspraktijken; volgt de huisarts bij participatie aan universitaire projecten de opgegeven voorkeursgebieden?

De algemene beschouwing is als volgt opgebouwd.

Na deze inleiding volgt een epicrise, waarin de belangrijkste bevindingen op hoofdlijnen en in onderlinge samenhang besproken worden. Verwacht wordt dat deze van belang kunnen zijn voor de diverse Nederlandse universiteiten. Vervolgens wordt een korte methodologische beschouwing gegeven, waarna de belangrijkste conclusies worden gepresenteerd. Tenslotte volgen de aanbevelingen voor de toekomst, waarbij ook wordt ingegaan op mogelijk toekomstig onderzoek op het terrein van de academisering en affiliatie van de huisartsgeneeskunde.

## 11.2 Epicrise

Één van de vakgroepen huisartsgeneeskunde, namelijk die van de Rijksuniversiteit Limburg heeft vanaf zijn oorsprong aandacht besteed aan de samenwerking met de huisartsen in de regio. Ook de universitaire besturen hebben steeds deze noodzaak onderkend.

Het basisdocument van deze universiteit, de zogenaamde 'basisfilosofie', uit 1972 beschrijft dat een medische faculteit haar doelstellingen ontleent aan de gezondheidszorg en daarnaast ook het systeem van de gezondheidszorg zou moeten beïnvloeden doordat ze door wetenschappelijk onderzoek en experiment bijdraagt aan een zo goed

mogelijke structuur en werkwijze van de gezondheidszorg. Academisering van het huisartsgeneeskundig veld wordt hiervoor noodzakelijk geacht.

In de tachtiger jaren, meer specifiek vanaf het moment dat het symposium "Faculteit en Eerstelijns" (Maastricht, november 1980) georganiseerd werd, kreeg de landelijke belangstelling voor het onderwerp samenwerking en academisering in de huisartsgeneeskunde nieuwe impulsen. Dat gold ook voor de Rijksuniversiteit Limburg. De samenwerking van de vakgroep huisartsgeneeskunde aldaar met het huisartsgeneeskundige veld is vervolgens van de grond gekomen. Naast incidentele samenwerking ten behoeve van één specifiek onderwijs- of onderzoeksproject, ook wel affiliatie genoemd, is vanaf 1987 een begin gemaakt met het tot stand brengen van een gestructureerd academiseringsnetwerk.

### **Affiliatie-samenwerking**

Affiliatie-samenwerking is gerealiseerd met circa 70% van de huisartsen in de universitaire regio (Limburg en Zuid-Oost Brabant). Dit betekent dat ruim 300 huisartsen op enigerlei wijze participeren aan activiteiten, geïnitieerd vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde Maastricht.

Een dergelijke samenwerking komt niet zo maar tot stand. Het vraagt grote inspanningen van zowel een universitaire vakgroep als van de huisartsen. In de samenwerking tussen universiteit en huisarts kan gebruik gemaakt worden van een gepresenteerd model "Werving van affiliatie-praktijken". Dit model mede gebaseerd op de internationale literatuur op dit terrein en aangevuld met de ervaringen en bevindingen aan de Rijksuniversiteit Limburg, kent een gefaseerde aanpak, bestaande uit de voorbereidingsfase, de acceptatiefase, de wervingsfase, de uitvoeringsfase en de nazorgfase.

Een vereiste is de realisatie van een onderwijs- en onderzoeksprogramma dat goed aansluit op de behoeften en mogelijkheden van de huisartsen. Naast de interesse van de huisarts voor de onderzoeksvraagstelling of het onderwijsproject is ook de verwachte belasting voor de huisarts zelf en de patiënten een belangrijk item in de afweging van de huisarts om deel te nemen aan een specifieke activiteit.

Een redelijke vergoeding (Fl. 50.= tot Fl. 100.= per uur extra tijdsinvestering) van de bijdragen van de huisartsen wordt zowel door de huisartsen zelf als door de universiteit noodzakelijk gevonden evenals een goede informatievoorziening, vooraf, tijdens en na afloop van het project. In het algemeen wordt door huisartsgeneeskundige vakgroepen rekening gehouden met deze aspecten. De huisartsen geven namelijk aan dat ze tijdens de looptijd van het onderzoek op adequate wijze van informatie worden voorzien en dat de onderzoekers hun afspraken correct nakomen. De participatie aan het onderzoek heeft geen onacceptabele consequenties voor de doktersassistent(e) en de huisarts (en de assistent(e)) worden door de onderzoeker in voldoende mate gemotiveerd. Helaas blijkt dat de informatie die de huisarts vooraf ontvangt, vaak nog onvoldoende wordt gevonden. Een goede afweging kan hierdoor niet of nauwelijks worden gemaakt. Tijdens de looptijd van het project wordt met de participerende huisarts regelmatig gecommuniceerd. Naast schriftelijke communicatie is een regelmatig bezoek aan de praktijk een goede mogelijkheid de huisarts te informeren en te motiveren.

Na afloop van het project moeten de huisartsen adequaat geïnformeerd worden over de uitkomsten van het project. Dit kan zowel in de vorm van schriftelijk materiaal als

door middel van een voorlichtingsbijeenkomst. Afhankelijk van de geleverde bijdrage is het zinvol de huisarts(en) met naam te noemen in het eindproduct.

### **Academisering huisartsgeneeskunde**

De vakgroepen huisartsgeneeskunde in Nederland hebben, meer dan bijvoorbeeld de academische afdelingen in de ziekenhuizen, gedurende vele jaren gezocht naar een theoretisch onderbouwd model, dat niet alleen bij de universiteiten en bij de beroepsgroep, maar ook bij de andere partners (ziekenfondsen, overheden, NHG, LHV enz.) op steun kon rekenen. Dat blijkt onder meer uit de vele nota's die gewijd zijn aan noodzaak van academisering van de huisartsgeneeskunde. Op sommige plaatsen zijn huisartspraktijken in eigendom gekomen van de betreffende universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde en kreeg de academisering op deze wijze gestalte. Op andere plaatsen werd naar aanleiding van een concreet onderzoek- of registratieproject de opbouw van een netwerk gestart. Het realiseren van één academiseringsnetwerk ten behoeve van de uitvoering en verdere ontwikkeling van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg bleek moeilijk realiseerbaar. Een belangrijke reden hiervoor kan gevonden worden in het ontbreken van voldoende financiële middelen om een dergelijk netwerk tot stand te brengen en te continueren.

Voor huisartsgeneeskundige vakgroepen is academisering evenwel noodzakelijk, omdat er opleidingsplaatsen en onderzoeksparticipatie gezocht worden en omdat een vakgroep zonder concrete binding met het directe gezondheidszorg-veld als ongeloofwaardig en onaantrekkelijk wordt beschouwd. De huisarts voelt in sommige gevallen een innerlijke behoefte om te academiseren, enerzijds om zijn eigen wetenschappelijk niveau te verhogen, anderzijds om naast de reguliere patiëntenzorg ook met 'iets anders' en op een ander abstractieniveau bezig te zijn. Verdere ontwikkeling van het nog relatief 'jonge' vakgebied der huisartsgeneeskunde is voor beide partijen een belangrijke motivatie. Tenslotte participeren veel huisartsen omdat zij een positieve invloed op de kwaliteit van de patiëntenzorg verwachten.

Tijdens de opbouw van geacademiseerde netwerken huisartsgeneeskunde is het van belang aandacht te besteden aan de wijze waarop de te academiseren huisartsen geselecteerd worden. Zowel het gepresenteerde landelijke als het lokale onderzoek geven aan dat het voorkeur verdient de selectie te laten plaatsvinden door een delegatie bestaande uit praktiserende huisartsen en medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde. De belangrijkste selectie-criteria zijn de aantoonbaar gemaakte motivatie voor deelname aan het netwerk, evenals de opgedane (wetenschappelijke en didactische) ervaring. De praktijk van de huisarts moet voorts geautomatiseerd zijn (dan wel worden) en de huisarts werkt volgens het geformuleerde basistakenpakket en onderschrijft het door het NHG ontwikkelde standaardenbeleid. Ook de bereidheid tot onderlinge toetsing wordt belangrijk gevonden.

In het netwerk hebben universiteit en huisarts idealiter een gelijkwaardige positie. Het is opvallend dat de landelijke enquête suggereert dat deze gelijkwaardigheid het best gerealiseerd kan worden door de huisartsen officieel aan te stellen bij de universiteit. De huisartsen en de stafleden van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) zijn echter meer 'indifferent' ten opzichte van de gedachte dat gelijkwaardigheid gerealiseerd wordt door de aanstelling van de huisarts bij de universiteit. Een vergelijkbaar verschil wordt gevonden bij de noodzaak de samenwerking in de vorm van contracten vast te leggen. Landelijk is 93% van de respondenten van mening dat contracten noodzakelijk zijn, terwijl lokaal (te Maastricht) een neutralere mening

wordt geformuleerd over de noodzaak van contracten. Mogelijk is het zo dat naarmate de partijen langer daadwerkelijk met elkaar samenwerken minder gewicht wordt gegeven aan formele zaken als contracten en aanstellingen bij de universiteit. De opgebouwde relatie en het gerealiseerde vertrouwen zorgen dan voor de balans in het netwerk.

Daar waar landelijk een voorkeur bestaat voor een netwerk bestaande uit 5 tot 15 huisartspraktijken, wordt in het HAM het gerealiseerde netwerk van 30 praktijken niet te groot gevonden in termen van optimale afstemming en communicatie.

De bijdragen van de huisartsen aan het netwerk kunnen vergoed worden door concrete betaling van de prestatie of door ruil van menskracht waarbij de vakgroep medewerkers (partieel) inzet in de huisartspraktijk, waardoor de gevestigde huisarts ruimte krijgt om zich bezig te houden met academische taken.

Het opleidingsprogramma voor geacademiseerde huisartsen zou kunnen bestaan uit opleidingen op het gebied van automatisering en registratie van patiëntgegevens, (praktijk)management met name time-management, methodologie, statistiek en didactiek voor (huisarts)opleiders.

Een belangrijk knelpunt blijft het verschil in honoreringsstructuur tussen de gezondheidszorg en de universiteit. Tevens lukt het de huisarts niet altijd de gewenste academische tijd daadwerkelijk in te plannen en wordt bij calamiteiten in de regel prioriteit gegeven aan de dagelijkse patiëntenzorg. Deelname aan academiseringsnetwerken leidt weliswaar tot organisatorische praktijkproblemen, maar de huisartsen van het HAM zijn, op grond van hun ervaring, van mening dat de meeste van deze problemen door de huisarts zelf op adequate wijze zijn opgelost. Verdere verfijning van de coördinatie en de inhoudelijke afstemming van onderwijs en onderzoek op de praktische gezondheidszorg blijft echter gewenst.

De huisartsen denken wel beter als huisarts te functioneren door hun deelname aan het academiseringsnetwerk.

Momenteel bestaat het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM) uit 30 huisartsgeneeskundige settings, waarin in totaal 83 huisartsen werkzaam zijn. Tussen de partijen in het netwerk, de universiteit en de huisartspraktijken, zijn contracten afgesloten, waarin de samenwerking op hoofdlijnen staat beschreven. Daarnaast wordt jaarlijks een inhoudelijk werkplan vastgesteld. Een dagelijks bestuur academisering, bestaande uit netwerk-huisartsen en medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de universiteit, zal geleidelijk de rol van de portefeuillehouder academisering en de beheerder op dit terrein overnemen en ziet derhalve toe op de verdere ontwikkeling van het netwerk.

Naast de regelmatige bilaterale contacten tussen de vakgroep en de praktijken, vindt er in ieder geval jaarlijks een formeel overleg plaats. In dit overleg wordt de uitvoering van het lopende werkplan kritisch geëvalueerd en het werkplan voor het volgende kalenderjaar besproken. De huisartsen geven overigens aan een regelmatig formeel contact wenselijk te vinden.

In het netwerk is sprake van een zogenaamde interorganisationale samenwerking, een samenwerking tussen twee organisaties die slechts ten aanzien van enkele aspecten samenwerken. Het netwerk is het geraamte van deze samenwerking. Belangrijkste kenmerk van het netwerk is een volledige gelijkwaardigheid tussen de beide partijen. De levensvatbaarheid van de samenwerking kan beschreven worden vanuit twee theorieën, de ruil- en de coalitietheorie. Voor het Huisartsgeneeskundig Academi-

seringsnetwerk Maastricht (HAM) zijn beide theorieën van toepassing. De ruiltheorie omdat de academiseringsrelatie voor beide partijen iets oplevert dat zonder die relatie niet zou kunnen. De betekenis van de coalitietheorie is minder direct zichtbaar. Toch moet men zich afvragen of de relatie niet ook gezocht en gevonden wordt om als coalitie sterker te kunnen optreden tegen mogelijke bedreigingen van de huisartsgeneeskunde bijvoorbeeld van de kant van de overheid (zo werd in het rapport Dekker destijds de 'zeeffunctie' van de huisarts op de helling gezet en hebben de hoogleraren huisartsgeneeskunde en de huisartsorganisaties zich hiertegen met succes verzet) of de intramurale zorgorganisaties (zo is destijds de opheffing van de vakgroep huisartsgeneeskunde te Leiden door faculteitsbestuur en Academisch Ziekenhuis Leiden mede voorkomen door eensgezind optreden van de vakgroep en de regionale huisartsvereniging). In de afgelopen jaren heeft in het HAM de nadruk gelegen op de implementatie van onderwijs en onderzoek in de deelnemende huisartspraktijken, de gemeenschappelijke ontwikkeling van nieuwe projecten en op het realiseren van een steekproefkader van ca. 80.000 patiënten in het Registratienet Huisartspraktijken. Het grote aantal projecten dat de afgelopen jaren gebruik heeft gemaakt van het HAM toont het belang van een dergelijk netwerk aan. Nog meer wordt dit belang geaccentueerd door het aanzienlijke aantal wetenschappelijke vraagstellingen dat vanuit de geacademiseerde huisartsen zelf in samenwerking met de universiteit tot een werkbaar project is ontwikkeld en vervolgens uitgevoerd. Het gaat te ver te veronderstellen dat deze projecten (promoties) er niet waren gekomen zonder het academiseringsnetwerk; toch lijkt het erop dat het HAM deze ontwikkeling nadrukkelijk heeft gefaciliteerd en versneld.

De huisartsen in het academiseringsnetwerk zijn in toenemende mate het venster waardoor de vakgroep naar de huisartsgeneeskundig zorg kan kijken. Het aanreiken van onderzoekbare vraagstellingen zou dan ook een belangrijker plaats in de inhoudelijke werkplannen moeten gaan innemen.

De verdere uitwerking en uitvoering van een dergelijke vraag kan door de geacademiseerde huisarts zelf geschieden, maar ook een medewerker van de vakgroep huisartsgeneeskunde of een andere universitaire vakgroep zou dit kunnen doen.

Op onderwijsgebied heeft het HAM bewezen een belangrijke rol te kunnen vervullen bij de ontwikkeling en uitvoering van nieuwe onderwijsprojecten. Nog nadrukkelijker zou het HAM een aandeel kunnen hebben in de ontwikkeling van nieuwe (huisartsgeneeskundige dan wel eerstelijns) voorstellen in het kader van het keuze-onderwijs van het basiscurriculum geneeskunde.

Verdere verbetering van de inhoudelijke kwaliteit van de netwerk-huisartsen zal ook de komende jaren aandacht moeten krijgen. De ingeslagen weg met een specifieke opleiding voor geacademiseerde huisartsen op het gebied van methodologie en statistiek van huisartsgeneeskundig onderzoek zal een vervolg krijgen. Nieuwe trainingen op het gebied van didactiek en ook management (time-management en management van patiëntenzorg gecombineerd met academische taken) worden ontwikkeld.

Een belangrijk vraagstuk blijft de positie van de patiëntenzorg in de netwerkactiviteiten. Geconcludeerd moet worden dat de academisering van de ziekenhuizen een duidelijk andere richting heeft dan de academisering van de huisartsgeneeskundige zorg. In de academische ziekenhuizen werd aan de ontwikkeling van een hoger niveau patiëntenzorg niet minder aandacht gegeven dan aan werkplaatsfunctie op het gebied

van onderwijs en onderzoek. In het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht heeft de ontwikkeling van gezondheidszorg slechts een afgeleide betekenis gekregen. De primaire reden hiervan is het financieringsmodel. Doordat het HAM geheel gefinancierd wordt vanuit de structurele middelen van de universiteit en niet vanuit een Rijksbijdrage van de centrale overheid, ligt het accent vanzelfsprekend op universitair onderwijs en onderzoek en kan verbetering van de zorg slechts een indirect effect zijn als gevolg van de participatie aan onderwijs- en onderzoeksprojecten. Toekomstige financiering van academische (huisarts)netwerken vanuit de Rijksbijdrage is niet alleen om financieel-economische redenen een noodzaak, maar kan ook inhoudelijke consequenties hebben. Meer rechtstreekse sturing van de huisartsgeneeskundige zorg, door de introductie van standaarden, nieuwe technologieën, verbetering van de samenwerking met de tweede lijn en andere innovaties worden daardoor gefaciliteerd, terwijl tevens de kans geboden wordt via evaluatie-onderzoek de mogelijke effecten te meten. Het doel is dan niet alleen meer het wetenschappelijke onderzoek- en onderwijsproject, maar evenzeer de ontwikkeling en innovatie van de zorg. Aangenomen mag worden dat de motivatie van de deelnemende huisartsen sterk zal toenemen als de verbetering van de zorg een expliciet doel van het academiseringsnetwerk kan zijn.

Een eerste poging op dit terrein wordt momenteel in gang gezet door de introductie van klinische patiëntbesprekingen in de academische praktijken. Door de aanwezigheid van studenten, huisartsen in opleiding, academische huisartsen en docenten en onderzoekers van de vakgroep huisartsgeneeskunde mag verwacht worden dat de integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg verder zal worden gestimuleerd. De noodzaak tot deze integratie wordt ook in het discipline-advies geneeskunde 1994 van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen / Commissie Geneeskunde in haar aanbevelingen en conclusies genoemd.

### **Centrale coördinatie**

Zowel bij de ontwikkeling en uitvoering van affiliatie-samenwerking als ten behoeve van de noodzakelijke ondersteuning van academiseringsnetwerken is coördinatie van het onderwijs en onderzoek van en met huisartsen belangrijk. De verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke toetsing van deze projecten zou bij de vakgroepen huisartsgeneeskunde kunnen liggen, terwijl de medisch-ethische toetsing uiteraard bij de medisch-ethische commissie berust.

De organisatorische verantwoordelijkheid kan gelegd worden bij een centrale en onafhankelijke organisatie in de universiteit. Aangezien ook ziekenhuisafdelingen vaak initiatieven ontplooiën, waarbij participatie van huisartsen wenselijk is, is het raadzaam ook het academische ziekenhuis te betrekken bij de ontwikkeling van een dergelijk coördinatiepunt. Tenslotte zou ook de regionale huisartsvereniging betrokken moeten worden bij zulk een ontwikkeling.

In een ideaalmodel zou elk project dat bijdragen van huisartsen vraagt bij zo'n coördinatiepunt gemeld moeten worden. Hier worden een aantal aspecten, zoals haalbaarheid, aansluiting bij de dagelijkse huisartspraktijk, verwachte belasting voor huisarts (en eventueel patiënt) beoordeeld en wordt tevens aandacht besteed aan zaken als algemene informatievoorziening en de honorering van participerende huisarts/dokter-assistent(e) en/of patiënt (reis- en onkostenvergoeding). Indien deze onderdelen als voldoende worden beoordeeld, kunnen in de vakgroep huisartsgeneeskunde de in-

houdelijke merites van het project besproken en beoordeeld worden. Indien deze stappen zijn genomen kan het coördinatiebureau de onderzoeker/docent behulpzaam zijn bij de werving van de noodzakelijke huisartsparticipatie. Idealiter geschiedt de eerste werving geheel via het coördinatiebureau. Reden hiervoor is dat de huisarts een waarborg heeft dat wervingen vanuit het coördinatiebureau het hierboven beschreven beoordelingstraject doorlopen hebben.

Een dergelijke afspraak kan ook met de huisartsen en het bestuur van de DHV (District Huisartsen Vereniging) gemaakt worden.

Vaak blijkt dat de regionale huisartsen ondanks de aanwezigheid van een centraal meld- en coördinatiepunt nog steeds rechtstreeks benaderd worden. Aanscherping van de procedure, zonder een trage bureaucratie te worden, lijkt dan zinvol.

Een punt van zorg is het niet-universitaire onderzoek, voornamelijk ontwikkeld door de farmaceutische industrieën. Onderzoeksprojecten vanuit de industrie worden doorgaans rechtstreeks aan de huisartsen aangeboden. De vergoedingen zijn in het algemeen hoger dan die voor universitair onderwijs en onderzoek gegeven kunnen worden. Tevens blijkt dat de gemiddelde looptijd van industrieel onderzoek korter is dan bij universitair onderzoek, hetgeen de participatie-mogelijkheden vergroot. Uit eigen onderzoek komt naar voren dat van de huisartsen die niet deelnemen aan universitair onderzoek, een belangrijk gedeelte niet principieel afwijzend staat tegen medewerking aan onderzoek, hetgeen onder andere blijkt uit deelname aan industrieel onderzoek. Alhoewel industrieën zich uiteraard op een vrije markt bewegen en derhalve huisartsen rechtstreeks kunnen benaderen voor onderzoeksbijdragen, moet men zich afvragen of het niet zinvol zou zijn ook voor dit type onderzoek een kwaliteitsoordeel via de vakgroep huisartsgeneeskunde te introduceren.

Landelijk is voor dit doel in oktober 1992 de stichting METOH (Medisch-Ethische Toetsing Onderzoek Huisartspraktijken) opgericht. Hierin participeren de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). De belangrijkste doelstelling betreft het laten verrichten van een beoordeling - waaronder medisch ethische toetsing - van patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk. Daarmee probeert de stichting METOH duidelijkheid te verschaffen aan de huisartsen of zij te maken hebben met waardevol en verantwoord onderzoek, hetgeen van belang is voor de individuele huisarts alsmede voor de aanbieder van het onderzoek, zoals de farmaceutische industrie.

Het METOH zou een belangrijke bijdrage kunnen gaan leveren teneinde ook het industrieel onderzoek in de huisartspraktijk op methodologische, inhoudelijke en ethische kwaliteit te toetsen, alvorens de daadwerkelijke uitvoering van start gaat. Samenwerking tussen METOH en de vakgroepen huisartsgeneeskunde ligt in de rede.

Een coördinatiebureau zal ook instrumenten moeten aanreiken ter verbetering van de spreiding van de projecten over het aanwezige potentieel aan huisartsen. Nog steeds wordt regelmatig door vakgroepen de gehele regio aangeschreven ten behoeve van nieuwe projecten. Naast het tijds- en kosten-intensieve karakter van een dergelijke grootschalige benadering is het raadzaam de specifieke belangstellingen van de huisartsen te inventariseren en jaarlijks te evalueren. De huisartsen die aangeven niet te willen deelnemen, worden in het jaar na de inventarisatie dan ook niet vanuit het coördinatiebureau benaderd voor participatie aan projecten. Huisartsen met een brede



belangstelling worden bij alle wervingsacties betrokken, terwijl de huisartsen met zeer gerichte, thematische belangstellingen alleen voor projecten, vallend binnen het aangegeven thema, worden aangeschreven. Uit hier gepresenteerd onderzoek blijkt dat de huisarts bij de afweging al dan niet aan projecten deel te nemen, geneigd is de eerder opgegeven voorkeuren in belangrijke mate te volgen.

Er bestaan nauwelijks sancties voor onderzoekers/docenten van de universiteit of daarbuiten, die van de aangeboden faciliteit van een centraal coördinatiepunt en de vakgroep huisartsgeneeskunde geen gebruik maken. Het rechtstreeks en ongecoördineerd benaderen van huisartsen kan slechts bijgestuurd worden, doordat de huisartsen zelf niet ingaan op vragen, die buiten het eerder aangegeven kader vallen. De coördinatie van de benadering en participatie van het huisartsgeneeskundige veld vraagt dan ook van de huisartsen zelf een nadrukkelijke inspanning. Om te komen tot een verdere professionalisering van de samenwerking tussen huisartsen en de universiteit lijkt verbetering van de inhoudelijke afstemming en coördinatie een noodzaak. Dit houdt dan wel in dat de individuele huisarts vooraf bewust kiest en organiseert, en daarmee de mogelijkheid één en ander van dag tot dag te bekijken prijsgeeft.

### 11.3 Methodologische kanttekeningen

In het hier gepresenteerde onderzoek is getracht naast theoretische beschrijvingen van samenwerkings- en academiseringsmodellen te komen tot een empirische evaluatie van dit relatief jonge en nog onontgonnen terrein.

De gepresenteerde modellen op het gebied van de werving van affiliatiepraktijken bieden een aanvulling op de voornamelijk internationale literatuur, terwijl de case-study van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht nieuwe inzichten biedt in de landelijke discussie over de academisering van de huisartsgeneeskunde.

Onderbouwing van het proces van samenwerking tussen universiteit en huisarts door bestudering van de literatuur op dit terrein én door het uitvoeren van empirisch onderzoek naar belangrijke variabelen op dit terrein is zinvol en werd tot nu toe slechts sporadisch gedaan. Het algemene belang van de in dit proefschrift gepresenteerde studies is dan ook dat de aandacht voor de noodzakelijke samenwerking tussen universiteit en huisarts nieuwe impulsen krijgt. Alhoewel een belangrijk gedeelte van deze studie zich beperkt tot één universitaire regio blijkt uit de landelijke enquête en uit de literatuurstudie dat zich vergelijkbare vraagstukken en knelpunten, zowel nationaal als internationaal, voordoen. Het is dan ook aannemelijk dat de theoretische en praktische bevindingen en conclusies van dit proefschrift ook in andere vergelijkbare situaties van belang kunnen zijn.

Voor zover kan worden nagegaan in de literatuur is een functionerend academiseringsnetwerk (intramuraal dan wel extramuraal) tot nu toe nooit uitgebreid onderwerp van studie geweest. De beschrijving van het HAM in de vorm van een case-studie draagt dan ook een vrij uniek karakter. De optimalisering van de procedure voor de werving van geïnteresseerde huisartsen voor participatie aan wetenschappelijk onderzoek (en onderwijs) is echter wel vaker bestudeerd. Op hoofdpunten komen onze bevindingen overeen met andere (internationale) studies, maar op enkele onderdelen zijn nieuwe en geactualiseerde inzichten verkregen.



Aan de hand van de literatuur en de eigen studies en ervaringen zijn de bestaande modellen aangepast in een dusdanige vorm dat universitaire onderzoekers op pragmatische wijze de werving van huisartsen modelmatig ter hand kunnen nemen. De gepresenteerde studies en modellen kunnen dan ook gezien worden als een aanvulling op de bestaande theorieën.

Selectiebias kan zijn opgetreden in de twee onderzoeken naar de opvattingen over academisering, aangezien hier de geacademiseerde huisartsen met enige voorkennis gevraagd werden naar hun bevindingen. Tegelijkertijd kan gesteld worden dat dit geen groot probleem was, daar juist een zekere betrokkenheid van belang was voor relevante antwoorden en omdat het hier vaak ging om personen die in het veld een richtinggevende rol vervullen.

## **11.4 Aanbevelingen**

Op grond van het uitgevoerde onderzoek en de opgedane ervaring worden ten aanzien van de samenwerking tussen universiteit en huisarts de volgende aanbevelingen gedaan:

### **Aanbevelingen voor de universitaire centra**

1

De benadering van de huisartsen in de universitaire regio zou verder gestandaardiseerd en beter gecoördineerd kunnen worden. De in de literatuur aangereikte modellen zouden in het beleid van de vakgroepen huisartsgeneeskunde op het gebied van de samenwerking met het huisartsgeneeskundig veld een duidelijker plaats moeten krijgen.

2

De belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek met behulp van praktiserende huisartsen zal, vanwege de aanwezigheid van alle patiëntencategorieën, in de belangstelling blijven staan. Zowel de vakgroepen huisartsgeneeskunde, de intramurale, klinische vakgroepen als de vakgroepen epidemiologie, sociologie en psychologie hebben de weg naar de huisartsen in het veld gevonden. Om overbelasting voor de huisartsen te voorkomen is het te overwegen een meld- en coördinatiebureau per universitaire regio in te stellen. De opzet van het universitaire onderwijs- of onderzoeksproject zou in een vroegtijdig stadium aan dit bureau (toetsing op organisatorische aspecten) en aan de vakgroep huisartsgeneeskunde (inhoudelijke toetsing) voorgelegd kunnen worden. De uiteindelijke werving van 'geaccrediteerde' projecten vindt dan plaats via het centrale coördinatiebureau in nauw overleg met de vakgroep huisartsgeneeskunde. Van door het coördinatiebureau bij de huisartsen aangemelde projecten, moet duidelijk zijn dat zij de correcte procedure hebben doorlopen. Indien projecten door afdelingen of vakgroepen rechtstreeks bij de huisarts aangemeld worden, is het risico aanwezig dat de gewenste inhoudelijke en organisatorische toetsing niet volgens de afgesproken procedure heeft plaatsgevonden.

3

Coördinatie en organisatie van een academiseringsnetwerk kan verbeterd worden door aanwijzing van een netwerkcoördinator met brede bevoegdheden. Voorwaarde

is dat deze functionaris een aanzienlijk gedeelte van zijn/haar tijd aan het netwerk kan besteden.

4

De plaats van projecten op het gebied van de innovatie en kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg in academiseringsnetwerken moet verder worden geëxpliciteerd. Het accent ligt thans op onderwijs, onderzoek en registratie. Innovatie en ontwikkeling van de gezondheidszorg zouden specifieke doelen van het netwerk moeten zijn. Hieraan kunnen evaluatiestudies gekoppeld worden.

5

De financiering van de netwerken blijft een zorgpunt. Naast de financiering vanuit de diverse faculteiten der geneeskunde, wordt een gedeelte van de netwerken gefinancierd uit de zogenaamde Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken (TSUH). Deze regeling is met ingang van 1 januari 1995 komen te vervallen hetgeen betekent dat de jaarlijkse financiering met Fl. 150.000.= afneemt.

Inmiddels heeft het Ministerie van WVS de Ziekenfondsraad gevraagd de verplichtingen in het kader van deze stimuleringsregeling vanaf die datum over te nemen.

Het ligt echter in de reden te streven naar een financiering die in overeenstemming is met de academische ziekenhuizen (de zogenaamde Rijksbijdrage). Een dergelijke financiering geeft niet alleen erkenning van de noodzaak van academisering in de extramurale sector, maar biedt ook de mogelijkheid naast de zogenaamde werkplaatsfunctie van het zorgveld voor de universiteit, aandacht te besteden aan specifieke projecten op het gebied van de directe ontwikkeling van de gezondheidszorg.

6

Aan scholing van de geacademiseerde huisartsen, met name op het gebied van didactiek, methodologie en statistiek, maar ook op het gebied van praktijkmanagement lijkt veel behoefte te bestaan. Vanuit academiseringsnetwerken zou hier blijvend aandacht aan gegeven moeten worden.

7

De vakgroepen zouden er naar moeten streven met de farmaceutische industrieën tot principe-afspraken te komen inzake de benadering van huisartsen voor participatie aan wetenschappelijk onderzoek in de eigen regio. Samenwerking en afstemming met METOH ligt hierbij in de rede.

## **Aanbevelingen voor de huisarts**

1

Huisartsen wordt aangeraden universitaire medewerkers die hen rechtstreeks benaderen terug te verwijzen naar de vakgroep huisartsgeneeskunde of, indien aanwezig, een centraal coördinatiebureau, alvorens in te gaan op de gestelde vraag. Verder overleg met de DHV en de individuele huisartsen over de meest gewenste benaderingswijze bij wervingsacties voor wetenschappelijk onderwijs en onderzoek is gewenst.

2

De huisartsen zouden nog nadrukkelijker dan tot nu toe moeten aandringen op voortgaande profilering van de huisartsgeneeskundige discipline, door de ontwikkeling of verdere uitbouw van academische netwerken. Vergelijking met de intramuraal werkende klinische disciplines is hierbij van toepassing.

3

Om een gelijkwaardige positie te realiseren in de verhouding tussen huisartsgeneeskundig veld en universiteit kunnen de huisartsen bij de vakgroepen aandringen op een bestuurlijke inbreng. Deze inbreng kan variëren van een periodiek overleg tussen de vakgroep en de DHV tot het realiseren van een officiële bestuurszetel in het (dagelijks) bestuur van de vakgroep huisartsgeneeskunde. Op deze wijze kan mede invulling gegeven worden aan het onderwijs- en onderzoekprogramma en vooral aan de wijze waarop de relatie met de praktizerende huisartsen tot stand komt.

4

Eveneens in het belang van een evenwichtige relatie tussen universiteit en huisartsenveld is het belang een goede balans te vinden tussen de aandacht voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs enerzijds en voor de kwaliteit van de zorg anderzijds.

5

Aandacht voor time-management is een noodzakelijke voorwaarde om in een toch al drukke huisartspraktijk het academiseringsproces zinvol en aantrekkelijk te doen zijn.

### 11.5 Vervolgonderzoek op het gebied van samenwerking en academisering in de huisartsgeneeskunde

In dit proefschrift werden projecten gepresenteerd ter onderbouwing van de samenwerking met en academisering van praktizerende huisartsen. De volgende projecten zijn daartoe uitgevoerd en afgerond:

Projectnaam	Trefwoord	Onderzoeks-periode
Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek	Samenwerking algemeen	1989-1991
Onderzoek naar management-aspecten in een vakgroep huisartsgeneeskunde	Management	1992
Onderzoek naar de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland; wat is het doel, de definitie en de kwantitatieve en kwalitatieve omschrijving van zo'n netwerk? (In samenwerking met de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg)	Academisering huisartsgeneeskunde	1989 - 1992
Onderzoek naar inhoud, proces en uitkomst van de academisering van de huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg	Academisering huisartsgeneeskunde	1991 - 1993
De planning en coördinatie van onderwijs en onderzoek in huisartspraktijken; volgt de huisarts bij participatie aan universitaire projecten de opgegeven voorkeursgebieden	Samenwerking management	1993

Een en ander kan het begin zijn van een (nationale) onderzoekslijn op dit gebied. Er is reeds vervolgonderzoek gestart op het gebied van 'Management in de huisartspraktijk en de relatie tussen de gezondheidszorgtaak en de academiseringstaak'. Verbetering van het management in de geacademiseerde praktijken zou kunnen leiden tot minder versnippering van taken en toenemende concentratie van de deelnemende huisartsen op de combinatie van gezondheidszorgtaken en de (academische)

netwerktaken. Een eerste pilot-studie op dit terrein is inmiddels afgerond en biedt goede mogelijkheden voor verdere bestudering van dit vraagstuk. Besloten is dan ook een vervolg te geven aan onderzoek op dit terrein. Naast onderzoek specifiek gericht op het management, dient in de toekomst bestudeerd te worden welke inhoudelijke implicaties deelname van huisartsen aan een academiseringsnetwerk heeft op het gebied van de uitoefening van de dagelijkse gezondheidszorg. Hier gepresenteerd onderzoek wijst uit dat de huisartsen aangeven dat de netwerkdeelname de zorg op enige wijze beïnvloedt, maar het is nog onvoldoende bekend wat dat precies betekent. Voorts kan geëvalueerd worden of de geacademiseerde huisartsgeneeskunde wat betreft de ontwikkeling, innovatie en kwaliteitsbevordering van de dagelijkse patiëntenzorg daadwerkelijk aan de verwachtingen voldoet. Ook zou er vervolgonderzoek gedaan kunnen worden naar het management van een vakgroep huisartsgeneeskunde, met betrekking tot de samenwerkingsrelaties met het huisartsgeneeskundige veld. In hoeverre is de huidige bestuursvorm en het gekozen management-model ook op den duur geschikt om een structurele relatie met het praktiserende veld te blijven realiseren?

Tenslotte is diepgaand nationaal (en wellicht internationaal) vergelijkend onderzoek naar de bedoelde samenwerkingsrelaties (en academisering) van belang, te meer daar de landelijke overheden reeds vaker hebben aangegeven te willen streven naar landelijke ontwikkeling en coördinatie van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken. Internationaal vergelijkend onderzoek op het gebied van de academisering van de huisartsgeneeskunde is bovendien interessant vanuit het perspectief van Europese integratieprocessen in de gezondheidszorg. Voorts is dit van belang voor de uitwisseling van ervaringen en expertise vanuit landen met een goed georganiseerde eerste lijn naar 'ontwikkelingslanden' op dit terrein.

## LITERATUUR.

Basisfilosofie van de Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1972

Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisarts-geneeskunde. BAEG 150, 1991

Beusmans GHM et al. Medische Faculteit Maastricht en eerste lijn: standpuntbepaling bestuur PHV Maastricht. Med Contact 1981; 15: 437-41

Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter: een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Groningen: Faculteit Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1988

Blanken AJ, Meulen H van der. Samenwerking tussen universiteit en eerste lijn bedrijfskundig benaderd. Med Contact 1987; 39: 1236-8

Booth C. Research and the general practitioner. Br Med J 1987; 295: 1614-9

Borgiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. Fam Pract 1989; 6: 168-72

Botter CH. Industrie en organisatie; een verkenningstocht. Kluwer/NIVE, 1970

Brouwer W, Romme MAJ. Faculteit en eerste-lijn. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981

Brouwer W. Academisering in de eerste lijn een noodzaak. Med Contact, 1982; 11: 321-2

Brueren MM, Dinant GJ, Schouten BJ, Ree JW van. Hypertensiediagnostiek door de huisarts: de NHG-standaard getoetst aan de ambulante bloeddrukmeting. Ned Tijd voor de Gen 1995; 139(6): 278-82

Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen. Huisarts Wet 1970; 13: 281-6

Cohen DI, Breslau D, Porter DK, et al. The cost implications of academic group practice. The new england journal of medicine 1986; 24: 1553-7

Crebolder HFJM, Kocken RJJ. Academisering van huisartspraktijken. The Practitioner (Ned.uitgave) 1989; 15: 1130-2

Crebolder HFJM, Te leer in de eerste lijn; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1987

Deen KJ van. Edinburgh University Practice Teaching Unit. Huisarts Wet 1961; 4: 78-9

- Diederiks JPM, Stevens FCJ. Ervaringen met het Academisch Ziekenhuis Maastricht: Een onderzoek naar de beeldvorming van een ziekenhuis. Maastricht 1991
- Dijksterhuis P. Academisering/affiliatie. Groningen: Vakgroep huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, 1984
- Douma S, Schreuder H. Economic approaches to organizations. Prentice Hall International Ltd. United Kingdom, 1992
- Eijk JThM van, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e druk. Lelystad: Meditekst, 1987
- Es JC van. Faculteit en eerste lijn, voorstel over de wijze waarop de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. Med Contact 1981; 7: 179-82
- Es JC van. Patiënt en huisarts; Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema. Utrecht, 1980
- Fijten GH. Rectal bleeding, a danger signal? Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993
- Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 2). Can Family Physician 1991; 37: 850-4
- Gagnon FA, Susak LE, Goulet FE. Getting started in family research (part 1). Can Family Physician 1991; 37: 596-601
- Gils MR van. De organisatie van organisaties. M&O Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid 1978; 32: 9-31
- Godfroij A. Netwerken van organisaties; Strategieën, spelen, structuren. VUGA-uitgeverij. Den Haag, 1981
- Govaert ThME. Influenza bij ouderen. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994
- Govaert ThME, Dinant GJ, Aretz K, Masurel N, Sprenger MJW, Knottnerus JA. Adverse reactions to influenza vaccine in elderly people: randomised double blind placebo controlled trial. Br Med J 1993; 307: 988-90
- Grol R, Beurden W van, Binkhorst T, Toemen T. Patient education in Family Practice: the Consensus Reached by Patients, Doctors and Experts. Fam Pract 1991; 2: 133-9
- Groot TLCM. Management van universiteiten; een onderzoek naar de mogelijkheden voor doelmatig en doeltreffend universitair bestuur. Wolters-Noordhoff. Groningen, 1988
- Groot A de, Knottnerus JA. Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? Med Contact 1982; 2: 37-9.
- Hendrikse GWJ. Coördineren en motiveren, een overzicht van de economische organisatie-theorie. Academic service, economie en bedrijfskunde. Schoonhoven, 1993
- Herbert CP. Why family practice research? Can Family Physician 1991; 37: 335-8

Huygen FJA, Jenkins CD, Kok FJ, Pedersen PA. Report of the evaluation committee on the INNOVATION FUND for EXTRAMURAL ACTIVITIES of the Faculty of Medicine / University Limburg. Maastricht, 1990

Integraal plan voor universitaire participatie in de regionale gezondheidszorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982

Jacobs BM. Coördinatiebureau Eerste Lijn; werkelijkheid of illusie? Doctoraalscriptie 1988

Jansen JJM, Tan LHC, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. Assessing technical clinical skills of general practitioners in the Netherlands: Results of a pilot project [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 388

Jansen JJM, Tan LHC, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. Toetsing van medisch-technische vaardigheden bij huisartsen: een vergelijking van drie verschillende methodes. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E (red). Gezond Onderwijs 2, NVMO, Nijmegen, 1993: 159-63

Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie: Theorie en toepassing. H.E. Stenfort Kroese BV. Leiden/Antwerpen, 1985

Knottnerus JA, Wolfs GGMC, Muylers PEM. Benigne prostaathyperplasie: een probleem voor patiënt en huisarts. Huisarts Wet 1989; 32(11): 420-7

Knottnerus JA. Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde; inaugurale rede, Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1988

Knottnerus JA, Volovics A. Medische statistiek en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht, 1990

Knottnerus JA, Vet HCW de. Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30:49, 50-3, 72-5, 116-9

Kocken RJJ, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. Onderzoek naar Management-aspecten in een vakgroep Huisartsgeneeskunde. Universiteit en Hogeschool 1992; 38(3): 136-44

Kocken RJJ, Meijer JS, Ooms FEM, Smeets-Rinkens PELM. Academisering van de Huisartsgeneeskunde, Onderzoek naar de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland; wat is het doel, de definitie en de kwantitatieve en kwalitatieve omschrijving van zo'n netwerk? Med Contact 1992(47); 26: 811-4

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. General Practitioners as participants in scientific research; letter to the editor Br J Gen Pract 1993; 43: 305-6

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Huisarts Wet; 1992(1): 32-4

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. General Practitioners as participants in scientific research - What do they think of it? -Newsletter WHO -2000 Health for all- 1992; 18: 2-4.

Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen/Commissie Geneeskunde. Reneman RS, Klaassen ABM (Red). Discipline-advies geneeskunde 1994. Amsterdam: KNAW, 1994

Konnen E. Interorganisationele samenwerking in het licht van ruittheorie en coalitietheorie. In: Greve WB de, Vrakking WJ (red.). Strategie van samenwerking tussen organisaties in welzijns- en gezondheidswerk. Lochem-Poperinge: De tijdstroom, 1980

Krogt ThWPM van der, Vroom CW. Organisatie in beweging. Lemma bv. Utrecht, 1991

Langenberg M, Hellemons-Boode BSP, Ree JW van, Vermeer F, Lodder J, Knottnerus JA. Prevalence and risk-profile of atrial fibrillation in general practice [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 321

Leclecq RMFM, Crebolder HFJM, Breevoort ELMG. Wens en werkelijkheid in academische huisartspraktijken; discrepanties. Med Contact 1994(49); 41: 1278-80

Leeuwen YD van, Pollemans MC, Dusman H, Vleuten CPM van der, Grol RPTM. De huisartsgeneeskundige kennistoets constructvaliditeit en betrouwbaarheid. Elke maten meten wat?. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E (red). Gezond Onderwijs 2, NVMO, Nijmegen 1993: 164-8

Leeuwen YD van, Eekhof JAH, Pollemans MC, Kramer AWM, Mol SSL. The knowledge test for general practice in the Netherlands: A consultation hour on paper [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 307

Martens FMJG, Op't Root JMH. Practical Medical Education in General Practice. Med Education 1992; 26: 213-7

Meijer JS, Schade E. Van gastdocent tot UHP-arts: de ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1992; 35: 29-31

Melker RA de. Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg? Med Contact 1982; 25: 731-4

Melker RA de, Pool J. Academisch geneeskundig centrum. Med Contact 1982; 9: 245-9

Memorie van antwoord bij het ontwerp van wet van 3 december 1975, Stb. 717 (Wet Rijksuniversiteit Limburg)

Metsemakers JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994

Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJJ, Limonard CBG. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. Brit J Gen Pract 1992; 42: 102-6

Metsemakers JFM, Crebolder HFJM et al. Het adoptiemodel als een vorm van praktisch medisch onderwijs. Gezond Onderwijs 1. Bohn, Stafleu van Loghum, Houten/Zeventen, 1992

Mulder JD. Academische werkplaats eerstelijns gezondheidszorg. Med Contact 1982; 26: 761-3

Mintzberg H. Organisatiestructuren. Prentice Hall-Academic Service. Schoonhoven, 1994



Muris JWM, Starmans R. Non acute abdominal complaints. Diagnostic studies in general practice and outpatient clinic. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993

Murphy E, Spiegel N, Kinmonth AL. "Will you help me with my research?" Gaining access to primary care settings and subjects. *Brit J Gen Pract* 1992; 42: 162-5

'Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL, mei, 1990)

Nieuwbouw academisch ziekenhuis Maastricht: beloften, belang en noodzaak. Academisch Ziekenhuis Maastricht. Maastricht, 1983

NHG-standaarden voor de huisarts. Rutten GEHM, Thomas S (red). Bunge. Utrecht, 1993

Nota Academisering in de Eerstelijns. Maastricht: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1982

Op weg naar de AWEG, Rapport van de adviesgroep academisering van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 1984.

Partners op weg naar een zakelijke toekomst, Rapport van de VVAA/RL ten behoeve van het Ministerie van WVC, 1992

Portegijs PJM, Kraan HF, Knotnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht uit de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 18-25,43

Portegijs PJM, Kraan HF, Knotnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar Huisarts en Wetenschap. *Huisarts Wet* 1992; 35: 65-9

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in een netwerk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de huisartspraktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in zicht. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990

Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1990

Projectorganisatie Academische ziekenhuizen: Eindrapport deel A: Advies inzake de uitvoering van het convenant academische ziekenhuizen. 's Gravenhage, 1987

Projectorganisatie Academische ziekenhuizen: Eindrapport deel B: Advies inzake de beleidsnotitie "Nadere regeling van de verantwoordelijkheid voor academische ziekenhuizen". 's Gravenhage, 1987

Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen, Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1991

Rapport van de Commissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983

Ree JW van, Pol G van der. Efficacy and tollerability of very low and medium dose felodipine in older patients with mild to moderate hypertension [submitted]

'Registratienet Huisartspraktijken; gezondheidsproblemen en diagnoses in de huisartspraktijk' (Rijksuniversiteit Limburg, jaargang 5, nummer 1, maart 1993)

Rudnick KV, Walter MD, Spitzer O, Pierce J. Comparison of a private family practice and a university teaching practice. *Journal of medical education* 1976; 51: 395-402

Scapens RW. *Management Accounting: A review of recent developments*. McMillan Education Ltd. United Kingdom, 1987

Schieman CJ. *Beheersing van bedrijfsprocessen*. H.E. Stenfert Kroese. Leiden, 1975

Schonck RSM, Beusmans GMHI, Crebolder HFJM. Innovation in homecare for the elderly [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 6

Schonck RSM, Beusmans GMHI, Grol R, Mellink R, Crebolder HFJM. Een consensusmethode voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de thuiszorg. *Kwaliteit & Zorg* 1993; 1: 135-47

Silagy CA, Carson NE. Factors inflecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 1989; 6: 173-6

Spreeuwenberg C. Academische werkplaatsen binnen en buiten het ziekenhuis. *Med Contact* 1994(49); 41: 1273

Starmans R, Witte de L. Over het academisch ziekenhuis Maastricht gesproken. Amsterdam: SISWO, 1982

Stoffers HEJH, Kaiser JA. Het gebruik van het pocket-doppler apparaat bij perifere arteriële vaataandoeningen: een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 333-8

Stoffers HEJH, Kaiser V, Knottnerus JA. Prevalence in general practice. In: Fowkes FGR. *Epidemiology of peripheral vascular disease*. London: Springer Verlag, 1991: 109-15

Stoffers HEJH, Kaiser V. De uitvoering van patiëntgebonden aandoeningsgericht wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. In: Es JC van, Mandema E, Olthuis G, Verstraete M. *Het Medisch Jaar 1990*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990: 92-107

Stoffers HEJH, Kaiser V, Kester A, Schouten H, Knottnerus JA. Peripheral Arterial Occlusive disease in General Practice: the reproducibility of the Ankle-Arm systolic pressure ratio. *Scan J Prim Health Care* 1991; 9: 109-14

Vierhout WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994

Wassenberg A. Netwerken: organisatie en strategie. Boom Meppel. Amsterdam, 1980

Weel van C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand. Inaugurale rede Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986

Weick KE. Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly* 1976: 1-19

Weijden GDEM van der, Hutten JBF, Brandenburg BJ, Grol RPTM, Velden K van der. Cholesterol diagnosis and treatment in Dutch general practice. A comparison with national guidelines. In: Velden J. van der, Bijl D, Brandenburg B, Hofstra M, Grol R. NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Eind-rapport. Utrecht: NHG, WOK, NIVEL

Weijden GDEM van der, Grol RPTM, Knottnerus JA. Optimal evaluation of national cholesterol guidelines in general practice [abstract]. In: Book of abstracts WONCA/SIMG congress 1993, Quality of care in family medicine/general practice, jun 13-17 1993, The Hague. Utrecht: NHG, 1993: 155

Williamson OE. Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications. Free Press. New York, 1975

Williamson OE. The economics of organization: the transaction cost approach. *American Journal of Sociology* 1981; 548-577

Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among elderly males: a population study in 2734 men. *J Urol* 1994; 152: 1467-70

Zwaan AH van der. Netwerken: samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg. In: Maarse JAM, Mur-Veeman IM (red). Beleid en beheer in de gezondheidszorg; Problemen, structuren, processen en effecten. Van Gorcum. Assen, 1990: 411-425

## SAMENVATTING

Elke klinische, universitaire vakgroep staat voor de taak een verbinding te realiseren tussen de vakgroep en het veld van praktiserende huisartsen, zowel voor de taken op het gebied van onderwijs, huisartsopleiding en wetenschappelijk onderzoek als voor de innovatie en de kwaliteitsbewaking van de patiëntenzorg. Dat geldt uiteraard ook voor de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Het tot stand brengen van een samenwerking tussen deze vakgroep en de huisartsen in de universitaire regio heeft veel inspanning gekost, niet alleen vanuit de universiteit, maar vooral van de praktiserende huisartsen. Om deze samenwerking te ontwikkelen moesten diverse barrières overwonnen worden. Financieringsproblematiek, onvoldoende afstemming en coördinatie en de overbrugging van een geografische kloof zijn hiervan slechts voorbeelden.

De samenwerking vindt plaats op twee manieren, te weten academisering en affiliatie. '**Academisering**' betekent dan de gestructureerde/geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van (de integratie van) wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg.

De voor deze samenwerking noodzakelijke infrastructuur wordt vervolgens het 'academiseringsnetwerk' genoemd.

'**Affiliatie**' wijkt inhoudelijk niet erg af van academisering, aangezien ook bij affiliatie de inhoudelijke nadruk ligt op de integratie van onderwijs of onderzoek met de patiëntenzorg. Toch is er een duidelijk verschil in omvang, intensiteit en continuïteit van de samenwerking tussen de universiteit en de geaffilieerde huisarts(praktijk).

De gemaakte afspraken gelden doorgaans voor één specifiek onderwijs- of onderzoeksproject en gelden slechts voor de duur van dat project (variërend van 1 tot 3 jaar).

Dit proefschrift beschrijft het proces van de samenwerking en de academisering op het gebied van de huisartsgeneeskunde, zoals zich dat aan de Rijksuniversiteit Limburg heeft voltrokken. Startpunt is de oprichting van de Rijksuniversiteit Limburg, meer in het bijzonder de Faculteit der Geneeskunde en de dissertatie eindigt met de beschrijving van het academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde anno 1994.

Het proefschrift is als volgt opgebouwd.

Na de **inleiding** (hoofdstuk 1), wordt in hoofdstuk 2 uitvoerig stilgestaan bij de nationale en internationale **literatuur** op het gebied van samenwerking in en academisering van de huisartsgeneeskunde. Ook wordt aandacht besteed aan de voor de Rijksuniversiteit Limburg specifieke literatuur op dit terrein. Er blijkt relatief weinig literatuur beschikbaar te zijn over samenwerkings- en academiseringsconcepten op het gebied van onderwijs en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Nationaal wordt in een aantal inauguraties aandacht besteed aan de noodzaak tot participatie van individuele huisartsen aan universitaire onderwijs- en onderzoeksprojecten. Het symposium "Faculteit en Eerste Lijn" in 1980 geeft een belangrijke conceptuele en praktische aanzet tot de constructie van academische werkplaatsen. Het concept van de AWEG (Academische Werkplaats Eerstelijns Gezondheidszorg) wordt vervolgens in de jaren 80-85 verder uitgewerkt. Pas in 1987 wordt het academiseringsproces ook vanuit de

bedrijfskundige invalshoek bestudeerd en beschreven. Hierna volgt een periode waarin, gefaciliteerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de (projectgroep van de) Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg (BAEG) belangrijke bijdragen levert aan de verdere ontwikkeling van de idee-vorming over academisering in de huisartsgeneeskunde.

In de internationale literatuur worden hoofdzakelijk suggesties gedaan op het gebied van de affiliatie-samenwerking, met name voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Slechts in zeer beperkte mate worden initiatieven beschreven, vergelijkbaar met wat in Nederland 'academisering' of 'academische werkplaatsen' genoemd kan worden.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op de **beschrijving van het Huisartsgeneeskundig Aacademiseringsnetwerk Maastricht (HAM)**, zoals dat aan de Rijksuniversiteit Limburg is ontwikkeld. In de vorm van een case-study wordt de werving en contractering van huisartspraktijken geanalyseerd, alsmede de inhoud en de financiering van het totale netwerk.

Het ontwikkelen van academisering in de huisartsgeneeskunde volgens de netwerk-concepten wordt reeds langere tijd gezien als het meest in aanmerking komende model. Dit blijkt onder andere uit de diverse rapportages van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg.

De hoofdstukken 4 en 5 geven **modelbeschrijvingen** van respectievelijk **de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken en de academisering van de huisartsgeneeskunde**.

De modelbeschrijvingen zijn tot stand gekomen op basis van de literatuur-studie en de opgedane ervaringen. Retrospectieve beschouwing van het Maastrichtse academiseringsmodel aan de hand van de bedrijfseconomische en bedrijfsorganisatorische literatuur levert een vijftal relevante theorieën op. Deze theorieën geven elk op hun eigen wijze inzicht in het proces van de academisering van de huisartsgeneeskunde en worden dan ook besproken. Ook de relatie tussen de besproken literatuur en de bedrijfseconomische theorieën enerzijds en het HAM anderzijds wordt aangegeven.

In de modelbeschrijving voor de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken worden vijf fasen onderscheiden, te weten voorbereiding, acceptatie, werving, uitvoering en nazorg.

De projectgroep Evaluatie van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) voerde een nationale studie uit naar de **ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland**. Deze studie wordt in hoofdstuk 6 weergegeven, waarbij het doel, de definitie en de kwalitatieve en kwantitatieve omschrijving van een academiseringsnetwerk centraal staat.

Hoofdstuk 7 gaat dieper in op de **ontwikkeling van het academiseringsnetwerk van de Rijksuniversiteit Limburg** en kijkt naar zowel de inhoud als het proces en de uitkomst.

Een evaluatie-studie middels een schriftelijke enquête onder 29 vaste stafleden van de vakgroep huisartsgeneeskunde en 55 geacademiseerde huisartsen wordt beschreven. Onderzocht werden aspecten van academisering, zoals doelstelling en definitie, optimale omvang van het netwerk en contract-technische relatie tussen de beide partijen,

selectie van praktijken, kwaliteitstoetsing, de mogelijke aanpassing van het praktijkmanagement en de invloed van deelname aan het academiseringsnetwerk op de uitoefening van de patiëntenzorg. De resultaten wijzen erop dat academisering niet alleen van belang is om huisartsen op structurele basis te betrekken bij het universitaire onderwijs en onderzoek, maar ook voordelen voor de huisartsen zelf oplevert. De geacademiseerde huisarts is van oordeel zijn vak beter te kunnen uitoefenen en door de deelname aan het academiseringsnetwerk met nieuwe elementen in aanraking te komen. Deelname aan academisering vergt aanpassingen, maar de voordelen voor de huisarts lijken op te wegen tegen de (geringe) nadelige effecten, zoals de noodzaak tot aanpassing van het praktijkmanagement.

Hoofdstuk 8 beschrijft de **algemene aspecten van de samenwerking** tussen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg en de praktiserende huisartsen in de universitaire regio. Welke variabelen zijn voor de deelnemende en niet-deelnemende huisartsen belangrijk in hun afweging om wel of niet aan wetenschappelijk onderzoek van de universiteit deel te nemen? Door middel van een enquête onder twee representatieve steekproeven van huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan onderzoek vanuit de Rijksuniversiteit Limburg, en huisartsen die daaraan niet deelnemen, werd nagegaan welke criteria daarbij worden gehanteerd, welke problemen worden ondervonden, welke informatie door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoek wordt gewenst, en in hoeverre het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek wordt beïnvloed. De bereidheid tot deelname aan onderzoek is in het algemeen groot. De belangstelling voor het gekozen onderwerp en de belasting voor patiënt en huisarts zijn de belangrijkste factoren bij de afweging om wel of niet deel te nemen. Een goede terugrapportage wordt op prijs gesteld en een niet onaanzienlijk deel van de huisartsen acht het van belang op enigerlei wijze genoemd te worden als deelnemer. Ongeveer de helft van de responderende huisartsen vindt het redelijk een vergoeding voor extra bestede tijd te ontvangen.

**Adequate planning en afstemming** is bij elke samenwerkingsvorm van evident belang. Dat is ook het geval bij de samenwerking tussen de universiteit en de huisarts. Maar laten de huisartsen zich "plannen"? Hoofdstuk 9 probeert een antwoord te geven op deze vraag. Onderzocht werd in hoeverre huisartsen bij participatie aan universitaire projecten de eigen voorkeursgebieden volgen. De resultaten geven aan, dat er een verband bestaat tussen door huisartsen uitgesproken voorkeuren en de uiteindelijke participatie aan universitaire projecten. Zelfs zonder directe sturing in de vorm van een gestratificeerde benaderingsstrategie is het verband tussen de voor- en de name-ting in het algemeen duidelijk. Dat het verband bij de onderwijsprojecten groter is dan bij de onderzoeksprojecten was te verwachten.

Het verband is over de hele linie echter zodanig dat aangenomen mag worden dat huisartsen vooral op basis van inhoudelijke voorkeuren aan specifieke projecten gaan deelnemen. Het wordt aanbevolen de toekomstige benaderingsstrategie meer af te stemmen op de door de huisartsen uitgesproken voorkeuren. Het gericht benaderen en werven van huisartsen voor universitaire projecten kan voordelen hebben voor zowel de universiteit als de huisarts. Voor de universiteit werkt een dergelijke benadering waarschijnlijk kosten-effectiever, aangezien momenteel (zelfs voor kleinere projecten) vaak de gehele regio benaderd wordt. Voor de huisarts is het een voordeel dat

er geen benaderingspoging wordt ondernomen indien vooraf is aangegeven dat voor het specifieke onderwerp geen belangstelling bestaat. Het aantal onnodige benaderingen van de praktijk neemt daardoor aanzienlijk af.

Hoofdstuk 10 geeft inzicht in een aantal **management-aspecten** van de vakgroep. Een goed management van de vakgroep is een voorwaarde te komen tot een optimale samenwerking met de huisartsen in de regio. De medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde werken graag bij deze organisatie en zijn goed te spreken over hun werk. Er bestaat een sterke behoefte om goede resultaten te behalen en men meent in de regel een maximale inspanning te leveren om de beoogde resultaten te behalen. Ook het flexibele beleid inzake de werktijden wordt als zeer belangrijk en positief ervaren. De functie-eisen zijn voldoende duidelijk en de medewerkers hebben voldoende bevoegdheden om hun werk goed te doen. De individuele medewerker voelt en krijgt voldoende verantwoordelijkheid binnen het eigen taakgebied. Begeleiding en controle worden redelijk positief ervaren. Punt van zorg is het onderwerp "besluitvormingsprocessen" en "overlegstructuren". Het nemen van besluiten vraagt naar het oordeel van de respondenten veel tijd, terwijl tegelijkertijd geconstateerd wordt dat de kwaliteit van die besluiten niet beter is.

Naarmate medewerkers langer bij de vakgroep werken stellen zij hogere eisen aan de aspecten planning, informatievoorziening, begeleiding en motivatie en inspiratie op de werkplek. Naarmate men een hogere werktijdfactor heeft ( $> 0,5$  Fte aanstelling bij de vakgroep) wordt negatiever gedacht over de onderwerpen besluitvaardigheid en informatievoorziening. Er blijken verschillen te zijn in perceptie en beleving van het management tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel. Met name het niet-wetenschappelijk personeel is van mening dat middelmatigheid redelijk geaccepteerd is en dat er in het algemeen te veel tijd wordt besteed aan vergaderingen en overleg. Voorts blijkt dat deze personeelscategorie in mindere mate verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld voor de eigen werkzaamheden en minder wordt gestimuleerd om risico's te nemen. Er wordt door beide categorieën in lichte mate een statusverschil ervaren tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel.

Hoofdstuk 11 tenslotte geeft een **algemene beschouwing**. De samenwerking tussen universiteiten en praktiserende huisartsen wordt hier beschouwend besproken. Naast een uitwerking van de begrippen 'academisering' en 'affiliatie' worden de resultaten van de empirische studies afgezet tegen de realiteit van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht. Voorts worden er aanbevelingen gedaan, zowel voor universitaire centra als voor de praktiserende huisartsen. Ook worden er suggesties voor vervolgonderzoek gedaan en wordt stilgestaan bij de methodologische beperkingen van het beschreven onderzoek.

## SUMMARY

Every clinical university department of general practice is faced with the task of creating a link between itself and GPs in the field, both as regards its duties in the area of teaching, training GPs and scientific research and where innovation and quality control in patient care are concerned. This naturally also applies to the Department of General Practice at the University of Limburg. Ensuring collaboration between this department and the GPs in the area covered by the University has taken a lot of effort, not only on the part of the University but above all on that of the GPs themselves. In order to bring about this collaboration it was necessary to surmount a variety of obstacles. Problems associated with financing, lack of rapport and coordination and the task of bridging the geographical gap are just a few examples.

Collaboration takes two forms, namely academization and affiliation. "**Academization**" refers to structured/institutionalized collaboration between the university and general practices, with coordinated activities (agreed on in advance) taking place in order to facilitate integration between scientific teaching and research on the one hand and patient care on the other.

The necessary infrastructure for such collaboration is referred to as the "academization network".

"**Affiliation**" does not differ significantly from academization as far as actual content is concerned, given that its emphasis is also on integrating teaching or research with patient care. There is nevertheless a clear difference in the extent, intensity and continuity of the collaboration between the university and the affiliated GP or practice.

The agreements made generally apply to a single specific teaching or research project and are valid only for the duration of that project (ranging from 1 to 3 years).

This dissertation describes the process of collaboration and academization in the area of general practice as it has been implemented at the University of Limburg. It starts with the foundation of the University, specifically the Faculty of Medicine, and concludes with a description of the academization network for general practice as it existed in 1994.

The structure of the dissertation is as follows:

After the **introduction** (chapter 1), chapter 2 deals in detail with the national and international **literature** on the topic of collaboration and academization in the area of general practice. It also considers the literature dealing specifically with the University of Limburg. Relatively few publications turn out to be available on the concepts of collaboration and academization in teaching and research in general practice. Where the Netherlands is concerned, a number of inaugural lectures deal with the need for individual GPs to participate in university teaching and research projects. The 1980 sym-



posium "Faculty and Primary Care" gave an important conceptual and practical impetus to the construction of academic "workplaces". The concept of the "Academic Workplace in Primary Care" (AWEG) was then developed during the period 1980-1985. It was only in 1987 that the process of academization was also studied and described from the perspective of management theory. A period followed during which, with assistance from the Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (WVC), the project group set up by the Supervisory Committee on Academization in Primary Care (BAEG) made important contributions to further developing ideas on academization in the area of general practice.

The relevant international literature makes suggestions primarily in the area of affiliation collaboration, specifically for carrying out scientific research in general practice. Only to a very limited extent does it describe initiatives which are comparable with what in the Netherlands can be called "academization" or "academic workplaces".

Chapter 3 examines in more detail the **Maastricht General Practice Academization Network (HAM)** as developed at the University of Limburg. An analysis, in the form of a case study, is given of the recruitment and contracting of general practices, as well as the content and financing of the total network.

Developing academization in general practice according to network concepts has long been considered to be the most appropriate model. This is shown by, amongst other factors, the various reports of the Supervisory Committee on Academization in Primary Care.

Chapters 4 and 5 **describe models** for, respectively, **approaching and collaborating with affiliated practices** and **academization** of general practice. The model descriptions are based on a review of the literature and on actual experience. Retrospective consideration of the Maastricht academization model in the light of literature on business economics and business planning shows that there are five relevant theories. Each of these, in its own way, provides an explanation of the process of academization of general practice and each is therefore discussed. In addition, the relationship is indicated between the literature discussed and theories of business economics on the one hand and HAM on the other.

Five phases are distinguished within the model description of the approach to and collaboration with affiliated practices, namely preparation, acceptance, recruitment, implementation and follow-up.

The evaluation project group set up by the Supervisory Committee on Academization in Primary Care (BAEG) carried out a national study on the **development of general practice academization networks in the Netherlands**. This study is presented in chapter 6, with the focus being on the aim, definition and the qualitative and quantitative description of the academization network.

Chapter 7 deals in more detail with the **development of the academization network centred on the University of Limburg** and examines not only the content but also the process and the results. A description is given of an evaluation study carried out by means of a questionnaire surveying 29 permanent members of the staff of

the Department of General Practice and 55 "academized" GPs. Various aspects of academization were studied, such as aims and definition, optimum size of the network, the contractual relationship between the two parties, the selection of practices, quality control, possible changes in the way practices are managed and the influence of participation in the academization network on the way patient care is carried out. The results indicate not only that academization is important as a means of involving GPs in university teaching and research on a structural basis, but also that it has advantages for the GPs themselves. The "academized" GP considers that he is better able to practise his profession and that participation in the academization network brings him into contact with new elements.

Participation in academization requires adjustments, but the advantages for the GP would appear to outweigh the (slight) disadvantages, such as the need to make changes in the way the practice is managed.

Chapter 8 describes the **general aspects of collaboration** between the Department of General Practice at the University of Limburg and the GPs in the area covered by the University. What variables do the participating and non-participating GPs consider important in deciding whether or not to participate in scientific research carried out by the University? A survey of two representative sample groups --one of GPs who participate, either regularly or occasionally, in research conducted by the University of Limburg and one of GPs who do not-- makes it possible to examine what criteria are applied, what problems are experienced, what information the GP considers necessary before and after the research project, and the extent to which the GP's day-to-day activities are influenced by participation in scientific research. In general, there is a high level of readiness to participate in research. The most important factors in deciding whether or not to actually do so are interest in the topic and the strain or extra workload the project involves for the patient and the GP. Good feedback procedures are valued and a not inconsiderable number of GPs find it important that they are mentioned in some way or other as having participated. Approximately half the GPs in the survey find it reasonable that they should be remunerated for the extra time involved.

**Adequate planning and coordination** is clearly important in any type of collaboration. That is also the case in collaboration between the University and the GP. Do the GPs allow themselves to be "planned"? Chapter 9 attempts to provide an answer to this question. It considers the extent to which GPs who are participating in university research projects follow their own preferences with respect to the fields involved. The results indicate that there is a link between the preferences stated by GPs and their actual participation in university projects. Even if there is no direct control in the form of a stratified approach strategy, the link between the figures before and after the project is generally clear. That this link is greater in the case of teaching projects than in that of research projects was to be expected.

The link is however such --right across the board-- that one may conclude that GPs decide to participate in a specific project primarily on the basis of their preferences with regard to its actual content. The suggestion is made that in future the approach strategy should be more closely keyed to the preferences indicated by the GPs. A more closely-targeted procedure for approaching and recruiting GPs for university projects may have advantages for both the University and the GPs. For the University, such an approach is probably more cost-effective, in view of the fact that at the

moment (even for smaller projects) an approach is often made to all GPs in the region. For the GP, it is an advantage that he is not approached if he has indicated in advance that he has no interest in the specific topic involved. The number of times the practice is approached unnecessarily is therefore reduced considerably.

Chapter 10 deals with a number of **management aspects** of the Department of General Practice. Effective management of the Department is a prerequisite if there is to be optimum collaboration with the local GPs. The staff of the Department enjoy working within this organization and are positive about their work. There is a strongly-felt need to produce good results and in general staff members consider that they make the maximum effort to achieve the results targeted. The flexible policy on working hours is also considered extremely important and is evaluated positively. The qualifications for posts within the Department are sufficiently clear and the staff have enough powers to be able to carry out their work effectively. The individual worker feels, and is given, enough responsibility within his own area of activity. Staff members' opinions on supervision and monitoring are reasonably positive. One point of concern is the topic of "decision-making processes" and "consultative structures". The respondents consider that it takes a great deal of time for decisions to be reached, although the quality of the decisions taken is none the better for that.

The longer staff have worked within the department, the higher the demands they make with respect to the aspects of planning, provision of information, supervision and motivation and inspiration within the workplace. The higher the number of hours for which they are contracted (contract for > 0.5 full-time post within the department), the more negative their opinion of the aspects of decisiveness and the provision of information.

There are differences between the scientific staff and the support staff as regards the way they perceive and experience the management of the department. The non-scientific staff, in particular, consider that mediocrity is to a considerable extent accepted, and in general that too much time is devoted to meetings and discussions. In addition, staff members in this category are given less responsibility for their own work and less encouragement to take risks. Both categories feel to some extent that there is a difference in status between the scientific staff and the support staff.

In conclusion, chapter 11 is a **general discussion**. The collaboration between universities and GPs is discussed in broad terms. Suggestions for further research are made and the methodological shortcomings of the research described are considered.

## CURRICULUM VITAE

René Kocken werd op 2 november 1957 in Sittard geboren. Na voltooiing van de Atheneum-studie aan de Albert Schweitzer Scholengemeenschap in Geleen, studeerde hij in 1980 af aan de commercieel-economische afstudeerrichting van de HEAO (Hoger Economisch en Administratief Onderwijs) te Sittard. Na volbrenging van de dienstplicht als sergeant-majoor der administratie startte hij zijn loopbaan bij het Koninklijk Nederlands Ondernemers Verbond (KNOV), met als belangrijkste taak de voorlichting aan het zogenaamde midden- en kleinbedrijf over personeelsbeleid, medezeggenschap en reorganisaties. Eind 1982 aanvaardde René een functie als onderwijsmedewerker van het faculteitsbureau van de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. In 1985 werd vervolgens de overstap gemaakt naar de vakgroep huisartsgeneeskunde, oorspronkelijk als beheerder en later gecombineerd met het coördinatorschap van het nieuw te creëren Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL). In deze laatste twee functies ontstond de eerste interesse voor de ontwikkeling van 'eigen' onderzoeksprojecten, hetgeen in 1988 leidde tot de eerste (co-)auteur-schappen. Als afgestudeerd HEAO'er bestond er een nadrukkelijke belangstelling voor onderzoek op het grensvlak van de eerstelijns-gezondheidszorg enerzijds en organisatielkundige aspecten van die zorg anderzijds. Vandaar ook de keuze voor samenwerkingsaspecten tussen de universiteit en de praktiserende huisartsen.

Samen met de hoogleraren huisartsgeneeskunde heeft René Kocken belangrijke bijdragen geleverd aan de ontwikkeling van de academisering huisartsgeneeskunde, hetgeen de belangstelling voor dit onderwerp mede bepaald heeft. Vanaf 1985 is René lid van het Dagelijks Bestuur van de vakgroep huisartsgeneeskunde, terwijl hij bovendien lid is geweest van het bestuur en de raad van de Faculteit der Geneeskunde (1986-1989) en secretaris van de Dagelijkse Commissie van de Examens (1983-1985). Vanaf 1 september 1994 maakt hij wederom deel uit van het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde. Naast zijn huidige functie als hoofd van de sectie beheer en coördinatie van de vakgroep huisartsgeneeskunde, besteedt hij aandacht aan de internationalisering van de universiteit en van het huisartsgeneeskundige vak onder andere door de organisatie van congressen en internationale cursussen voor de zogenaamde European General Practice Research Workshop (EGPRW) en door zijn functie als co-editor van het European Journal of General Practice.



## DANKWOORD

Op deze plaats een woord van dank aan alle mensen die op enigerlei wijze een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit proefschrift.

De *geacademiseerde huisartsen en hun assistentes*, zoals in dit proefschrift met naam genoemd, verdienen uiteraard de meeste dank, aangezien zonder hen de ontwikkeling van een academiseringsnetwerk onmogelijk was geweest. Ook de niet-geacademiseerde huisartsen die incidenteel dan wel regelmatig met de Rijksuniversiteit Limburg samenwerken zijn zeer belangrijk geweest.

De medewerkers en oud-medewerkers van de sectie Beheer en Coördinatie van de vakgroep huisartsgeneeskunde hebben ieder op hun eigen wijze directe en indirecte bijdragen geleverd aan dit proefschrift. *Nicole Geraerts* was de eerste secretaresse van de sectie en stond derhalve mede aan de basis van de sterk toegenomen samenwerking met de regionale huisartsen. Haar niet-aflatend enthousiasme en haar jeugdig elan deden de ontbrekende werkervaring als sneeuw voor de zon verdwijnen. Helaas verdween ook zij, omdat de liefde voor een man sterker bleek dan haar liefde voor het werk bij onze sectie. *Hanny Prick* volgde haar op en was behulpzaam bij alle secretariaële en organisatorische werkzaamheden, die ten grondslag liggen aan het gepresenteerde onderzoek. Haar positieve uitstraling en aparte humor waren steeds weer een bron van inspiratie. *Cecile Nijland* kwam als voorlaatste bij de sectie en heeft in indirecte zin bijdragen geleverd. Een woord van dank is op zijn plaats, aangezien haar aanwezigheid de mogelijkheid voor mij opende om gedurende de laatste maanden meerdere dagen thuis het manuscript af te ronden, terwijl ik wist dat de werkzaamheden bij de vakgroep in goede handen waren. Ik hoop nog lang van haar intelligentie, rust en daadkracht gebruik te mogen blijven maken.

Het jongste blaadje aan de beheerstak is Maria Habets. Haar parttime aanwezigheid maken de dinsdag en donderdag tot speciale momenten van de week.

Aan een aantal onderzoeken werden belangrijke bijdragen geleverd door 'derden', alhoewel het woord 'derden' hier eigenlijk niet op zijn plaats is, aangezien het een zekere afstand suggereert. Die afstand was er geenszins. *Anja Prenger-Duchateau* was destijds huisarts-in-opleiding en vroeg mij een onderzoek naar samenwerkingsaspecten te begeleiden. Het project leidde tot een succesvolle afronding van haar huisartsopleiding en leverde belangrijk materiaal voor één van mijn eerste artikelen. Haar grote inspanningen voor het onderzoek hebben mij er toe gebracht op dit terrein meerder onderzoeken te ontwikkelen. Ik bedank haar voor de uitzonderlijke inspanning bij dit onderzoek.

Ook *Math Muris*, geacademiseerd huisarts in het Gezondheidscentrum Neerbeek, was betrokken bij één van de onderzoeken. Zijn zeer praktische kijk op de materie en zijn heldere visie op het spanningsveld tussen de universiteit en de praktizerende huisarts hebben mij steeds weer aan het denken gezet en deden mij steeds weer afdalen uit de 'ivoren toren' van de universiteit.

In de projectgroep Evaluatie van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) werkte ik als vertegenwoordiger van de Rijksuniversiteit Limburg en de Katholieke Universiteit Nijmegen onder leiding van *Prof.dr. Bert Schadé*, hoogleraar huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam. Alhoewel wij over de aanpak soms verschillende meningen hadden, zagen wij beiden de absolute noodzaak van structurering van de samenwerking tussen universiteiten en zorgverleners in de eerste lijn. De vereiste financiering van deze academiseringsnetwerken was voor ons beiden een belangrijk en tegelijkertijd onduidelijk toekomstperspectief. Van Bert leerde ik dat het tempo waarin de huisartsgeneeskundige netwerken totstand kunnen worden gebracht voor een belangrijk gedeelte afhangt van de snelheid waarmee de politieke molens in de toekomst zullen draaien.

In dezelfde projectgroep kwam ik in contact met *Frank Ooms*, huisarts te Zwammerdam, tevens verbonden aan de Rijksuniversiteit Leiden en *Hans Meijer*, huisarts te Amsterdam en verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Onze periodieke ontmoetingen in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam waren belangrijk in het proces van verdere idee-ontwikkeling inzake academisering huisartsgeneeskunde. Het is jammer dat onze gezamenlijke impulsen (nog) niet geleid hebben tot meer universitaire initiatieven om te komen tot academiseringsnetwerken huisartsgeneeskunde. Onze inspanningen zullen wel niet voor niks zijn geweest. Ze hebben mij in ieder geval nuttig materiaal voor dit proefschrift opgeleverd.

Alhoewel het gepresenteerde onderzoek niet uitblinkt in ingewikkelde methodologie en statistiek, zijn er vele analyses door *Paula Smeets-Rinkens* uitgevoerd. Steeds weer was zij bereid nieuwe analyses uit te voeren, zonder dat haar opgewekte humeur verdween. Zonder anderen te kort te willen doen, denk ik oprecht te kunnen stellen dat haar medewerking aan dit proefschrift van grote waarde is geweest. Niet alleen de verzorging van de analyse en de gezamenlijk uitvoering van het onderzoek naar management-aspecten in de vakgroep huisartsgeneeskunde waren voor mij belangrijk. Belangrijker nog waren haar voortdurende stimulans en kritische opstelling bij alle onderdelen van dit proefschrift. Als een moeder waakte zij over het materiaal en de voortgang, terwijl het moederschap haar op dat moment nog vreemd was. Inmiddels hoeft zij geen moederlijke zorgen meer te hebben voor dit proefschrift, maar kan zij zich geheel wijden aan de op 5 januari 1994 geboren eigen baby, Sera en het opkomst zijnde nieuwe familielid.

Ellen Breevoort is bewust eerder niet genoemd bij de medewerkers van de sectie Beheer en Coördinatie, terwijl zij wel degelijk één van de medewerkers van deze sectie is. Haar bedanken moet dan ook op deze aparte plaats, aangezien zij veel indirecte bijdragen aan het proefschrift heeft geleverd. Zeer plichtsgetrouw en met een excellent gevoel voor zowel de belangen van de vakgroep als van het regionale veld verzorgt zij de laatste twee jaren de werkzaamheden op het gebied van de coördinatie van het universitaire onderwijs en onderzoek. Haar vrouwelijk instinct zal ik nooit kunnen evenaren, evenals haar vermogen om snel van anderen te leren. Van leergierig medewerker ontwikkelt zij zich gestaag tot deskundig meester op het terrein van de samenwerking en academisering. Toekomstige publikaties op dit terrein worden dan ook van haar verwacht. De verdere ontwikkeling van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht ligt mede in haar vertrouwde handen. Ik wens haar daarbij veel succes.

Ik voel het niet als een morele plicht, maar als een welverdiend gebaar om ook mijn promotoren te bedanken.

*Harry Crebolder* kwam als Eerstelijns Onderwijscoördinator bij de Faculteit der Geneeskunde. Al snel maakte hij duidelijk hoogleraar huisartsgeneeskunde te zijn met een primaire belangstelling voor de plaats van de praktizerende huisarts in het onderwijs- en onderzoekprogramma van de universiteit. Als er ergens een liefde-haat verhouding bestaat dan is het wel tussen Harry en mij. Overeenstemming is er doorgaans over de einddoelen die nagestreefd worden; verschil van mening over de wegen waarlangs de doelen bereikt moeten worden. Het is mij pas later duidelijk geworden dat twee zo verschillend denkende mensen op één tandem zou moeten leiden tot een winnend duo.

Naast Harry was *André Knottnerus* de grote animator van dit proefschrift. Hij was betrokken bij alle onderzoeken en niet alleen vanwege zijn methodologische en statistieke deskundigheid. Zijn voortdurende beschikbaarheid en bereidheid om mee te denken over allerlei vraagstukken waren van evident belang. En alhoewel hij van zichzelf vindt geen goed manager te zijn, heeft hij in ieder geval één belangrijke eigenschap van een uitstekend manager, namelijk het vermogen om steeds weer te motiveren. Zoals elke promovendus maakte ook ik periodes mee, waarin ik dacht de eindstreep niet te kunnen halen. Steeds weer was het André die op zijn geheel eigen wijze nieuwe zuurstof toediende, waarna de volgende pagina's van het proefschrift bijna vanzelf uit de pen te voorschijn kwamen. Naast zijn motivatie-technieken heeft André met zijn originaliteit, creativiteit en gevoel voor detail belangrijke bijdragen geleverd aan de totstandkoming van alle hoofdstukken van dit proefschrift.

*Jos Blommaert* was voor mij een oude bekende. Als leerling aan de HEAO ontmoette ik hem als leraar Bedrijfsorganisatie. Mijn liefde voor het vak bedrijfsorganisatie en voor management-aspecten heb ik dan ook geheel aan hem te danken. Jaren later ontmoette ik hem als collega bij de Rijksuniversiteit Limburg, werkzaam bij de vakgroep Berichtgeving van de Faculteit der Economische Wetenschappen. Toen ik hem vroeg mij behulpzaam te zijn bij mijn promotie was hij meteen zeer enthousiast. Zijn bijdrage was onontbeerlijk op de specifieke organisatorische en model-theoretische terreinen van dit proefschrift. Zijn groot enthousiasme was voor mij een grote stimulans in de laatste, voor alle promovendi ingewikkelde, fase van afronding van het proefschrift. Wellicht dat zijn bijdrage aan mijn proefschrift de afronding van zijn eigen dissertatie heeft versneld. Het kan toch geen toeval zijn dat hij zes dagen na deze promotie zijn eigen proefschrift zal verdedigen.

*Mijn ouders* gaven mij belangrijke gedeeltes van het gereedschap dat nodig is om een proefschrift af te ronden. *Mijn moeder* gaf het vermogen om nieuwe dingen zonder vrees te willen ontdekken, een nieuwsgierigheid die elke onderzoeker moet hebben. Van haar erfde ik ook de praktische instelling, het noodzakelijk 'ongeduld' en het leef-tempo. Van *mijn vader* ontving ik meer erfelijk materiaal. Belangstelling voor studie en werk in de juiste afwisseling met de ander geneugten van het leven (muziek, sport), vermogen tot concentratie en verdieping, een positieve werkhouding, aandacht voor andere werkers in de organisatie en geloof in eigen kunnen zijn slechts enkele dingen die ik van hem gekregen en geleerd heb. Op vele momenten is hun voorbeeld actief aanwezig in mijn geheugen.



Mijn gezin is altijd belangrijk voor mij geweest. Vandaar dat ik geprobeerd heb dat *Anita, Tim en Dennis* zo min mogelijk 'last' hadden van mijn activiteiten in verband met dit proefschrift. Vooral de laatste maanden maakten zij het mogelijk dat ongestoord en in een weldadige en motiverende rust aan de afronding van het proefschrift kon worden gewerkt. Anita wilde liever niet vermeld worden, hetgeen haar altijd bescheiden opstelling treffend typeert. Door haar vermogen zich geheel weg te cijferen voor het gezin was het voor mij relatief eenvoudig de aandacht in de afgelopen periode met name te richten op de afronding van dit proefschrift. Haar hier niet te vermelden (conform haar verzoek) zou geschiedvervalsing zijn.

## APPENDIX A

# **OVERZICHT HUISARTSPRAKTIJKEN VAN HET HUISARTSGENEESKUNDIG ACADEMISERINGSNETWERK MAASTRICHT (HAM)**

## 1 | Gezondheidscentrum Neerbeek

Kerklaan 11, 6191 GM Neerbeek

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Muris MHNM  
Eyck MAMF  
Winten-Huisman MT  
Leeuwen van YD

#### Dokterassistent(e)(n)

Cuypers M  
Penders C  
Schols K  
Ramaekers A

#### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht  
Geld

#### Financieringsbron

Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.4 Fte



## 2 | Gezondheidscentrum Schinveld Huisartspraktijk Hermans/Tummers

A ge Water 20, 6451 CD Schinveld

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Hermans JJH  
Tummers EL

#### Dokterassistent(e)(n)

Janssen-Cremers AHG  
Meis-van der Vorst MHT  
Beckers DJH

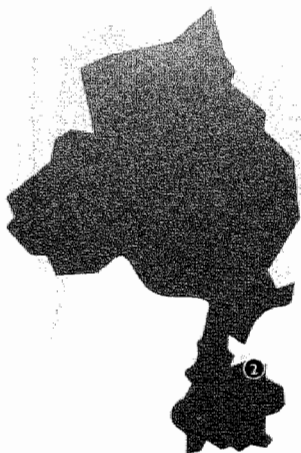
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.15 Fte



### 3 | Gezondheidscentrum de Hofhoek

Penatenhof 88, 6215 BV Maastricht

#### Gezondheidscentrum

##### Huisartsen

Vierhout WPM  
Beusmans GHMI  
Verwijnen GM

##### Dokterassistent(e)(n)

Coenen-Boers MLH  
Willems AWA  
Leenders MECM

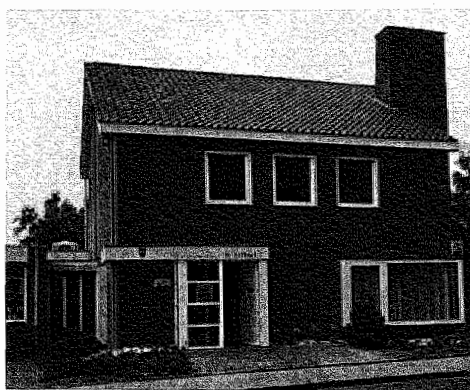
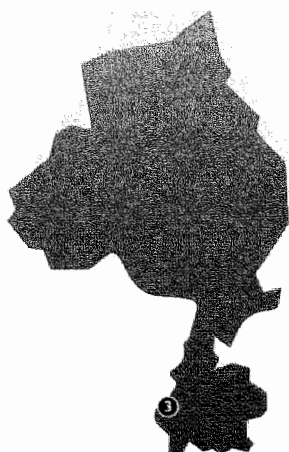
##### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

##### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.6 Fte



## 4 | Gezondheidscentrum de Maar

Caumerstraat 11, 6467 GH Kerkrade

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Michels JJ  
Zanten van G  
Wissel van der HAWJ  
Ree van JW

#### Dokterassistent(e)(n)

Horst van der N  
Lubbers NMJ  
Rutzerveld-Verspagen GMJ

#### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht  
Geld

#### Financieringsbron

Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.3 Fte



## 5 | Huisartsenmaatschap Govaert-Leclercq

Mauritsweg 3, 6171 RM Stein

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Govaert ThME  
Leclercq RMFM  
Dinant GJ

#### Dokterassistent(e)(n)

Nijsten-Spoor BMHL  
Penris MBA  
Smit H

#### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 1.0 Fte



## 6 | Huisartsenpraktijk Voerendaal

Raadhuisplein 4, 6367 ED Voerendaal

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Panhuysen RAM  
Guldemonnd-Hecker ETIM  
Hulshof PBN

#### Dokterassistent(e)(n)

Hundscheid DDA  
Kamps M  
Muris EMC  
Panhuysen-Delwaide MDMMG  
Schoot van der-Klaassen J

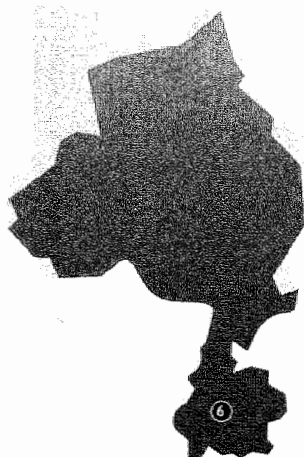
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.3 Fte





## 7 | Huisartspraktijk Jansma

Kloosterstraat 12, 5941 ET Velden

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Jansma JPM

#### Dokterassistent(e)(n)

Theeuwen CPE

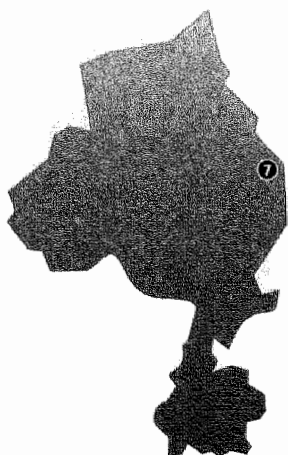
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 8 | Huisartspraktijk Op den Kamp

Willemstraat 62, 6412 AT Heerlen

### Solo-praktijk met toegevoegd RL-arts

#### Huisartsen

Op den Kamp M  
Maiburg HJS

#### Dokterassistent(e)(n)

Boesten ECH

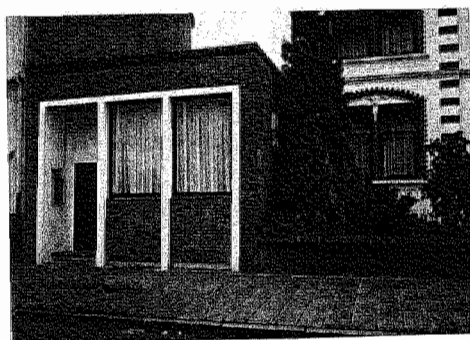
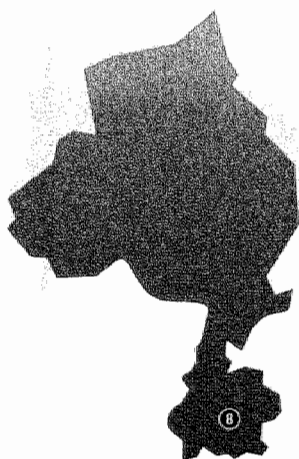
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



**9 | Medisch Centrum Putstraat  
Huisartsmaatschap Eussen-Ypma-Stuurman**

Putstraat 32, 6372 BK Landgraaf

**Gezondheidscentrum**

**Huisartsen**

Ypma JAM  
Eussen JHM  
Stuurman CLSM

**Dokterassistent(e)(n)**

Ploum FJG  
Pommé VLMH  
Ewijk van AEW

**Financieringswijze**

Aanstelling bij RL

**Financieringsbron**

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.3 Fte



## 10 | Gezondheidscentrum Withuis

Straelseweg 193, 5914 AL Venlo

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Dam van HA  
Jansen PJ  
Kessel van AJL  
Koning de G  
Vlek JFM

#### Dokterassistent(e)(n)

Maas A  
Nefkens MJ  
Versteegen C  
Kuypers S  
Hendriks A  
Gerven van T  
Bijker J (adm.coördinator)

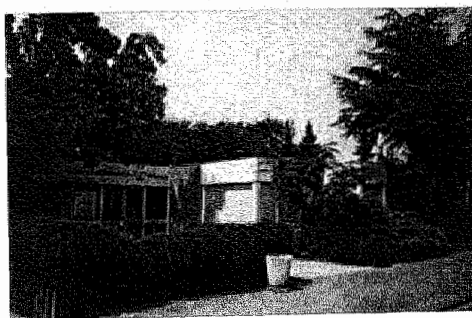
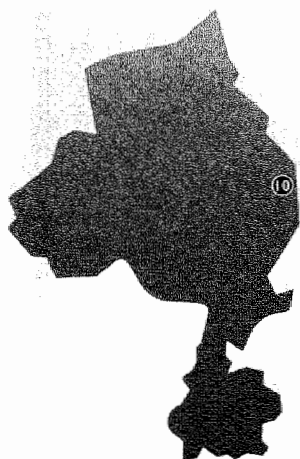
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.8 Fte



## 1.1 | Gezondheidscentrum Heer

Pastoor Heijnenstraat 2, 6227 TE Maastricht

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Muysken-du Saar AM  
Peeters MP  
Vissers FH

#### Dokterassistent(e)(n)

Bruyn de-Höppener ML  
Frijs M  
Smeets W

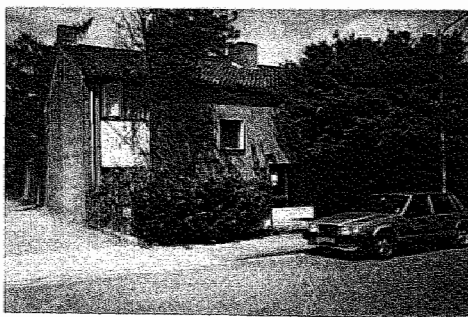
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds  
Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.7 Fte



## 12 | Huisartsenmaatschap v.d.Voort-Brouwers

Hoofdstraat 93, 6432 GA Hoensbroek

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Voort van der DJM  
Brouwers RHJ  
Martens F

#### Dokterassistent(e)(n)

Mertens J  
Dupont B  
Dibbets A

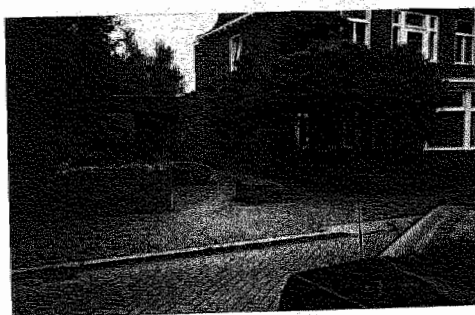
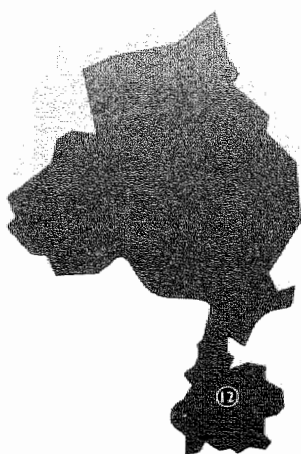
#### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht  
Geld

#### Financieringsbron

Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.2 Fte



## 13 | Huisartspraktijk Visschedijk/Massuger

Verstraelenstraat 13, 6097 CJ Heel

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Visschedijk AB  
Massuger AFMC

#### Dokterassistent(e)(n)

Macco Th  
Maessen MMJ

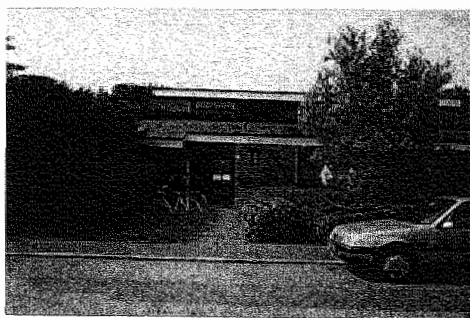
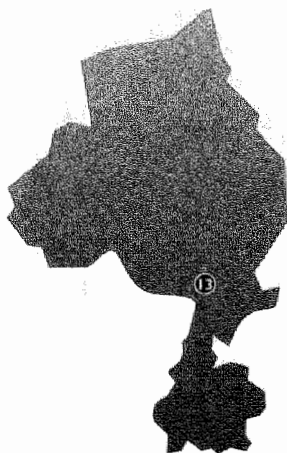
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 14 | Huisartspraktijk de Wit

Akerstraat 89, 6417 BK Heerlen

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Wit de AAM

#### Dokterassistent(e)(n)

Cuypers PMA  
Veldman I

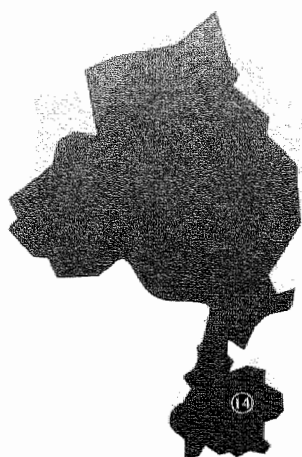
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte





## 15 | Huisartspraktijk Zwietering

Meerssenerweg 142, 6222 AK Maastricht

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Zwietering VA

#### Dokterassistent(e)(n)

Meuwissen ICHO  
Muijtens-Janssen MJE

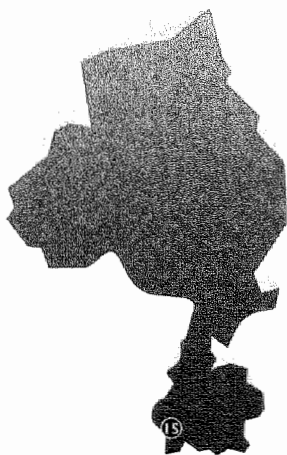
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 16 | Huisartspraktijk Geulle

Marktpllein (tijdelijk adres), Geulle

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Metsemakers JFM  
Muris JWM  
Zwietering PJ

#### Dokterassistent(e)(n)

Smeets-Gerets M  
Welzen-Lacroix Y  
Keysers-Hoen K

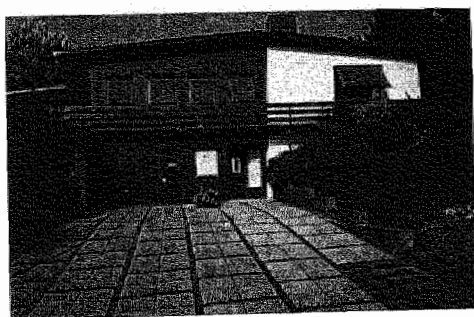
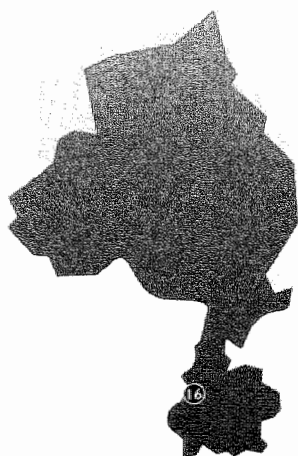
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 1.2 Fte



## 17 | Huisartspraktijk Ubachsberg

Hunsstraat 71, 6367 JK Ubachsberg

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Guldemon FJ

#### Dokterassistent(e)(n)

Spierts JAM

#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 18 | Huisartspraktijk 'De grote schuur'

Kasteellaan 17, 5855 AD Well

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Schönberger HJAM  
Putten van MTJ  
Broek van den WEM

#### Dokterassistent(e)(n)

Hendriks Y  
Gelder van C

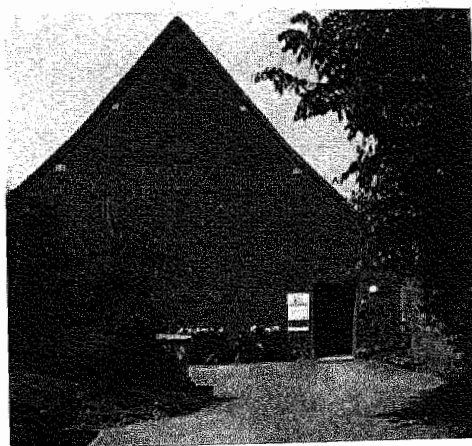
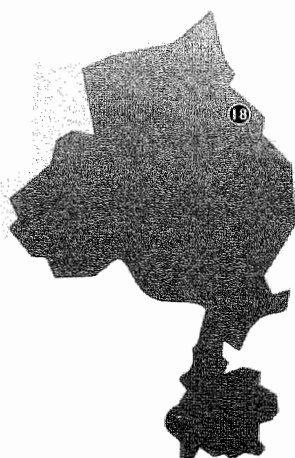
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.3 Fte



## 19 | Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord

Akerstraat Noord 74, 6431 HN Hoensbroek

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Schendel van GJ  
Paas JPJ  
Venrooy van MH  
Nunen van M  
Voorhoeve PM  
Helmerts RJH  
Zwanikken H  
Beek van M

#### Dokterassistent(e)(n)

Schils W  
Mevisen M  
Schols J  
Rosier M  
Erens M  
Leers P

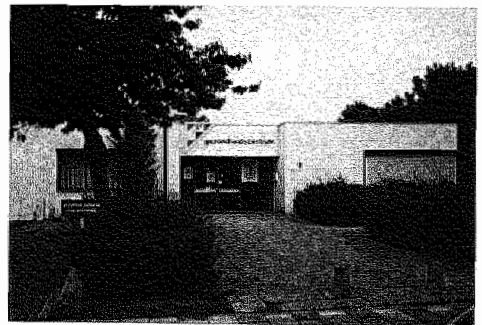
#### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 1.3 Fte



## 20 | Huisartspraktijk Boesten-Jochems

Dorine Verschureplein 10b, 6181 AS Elsloo

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Jochems HMJ  
Boesten HMJ

#### Dokterassistent(e)(n)

Nijsten-Geisen CMGM  
Botermans SAAM

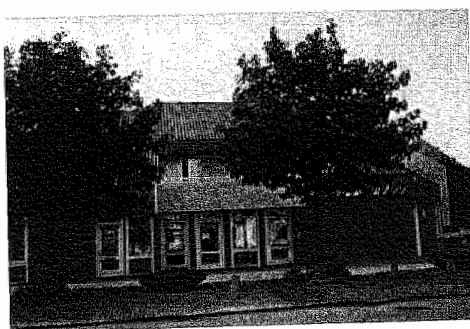
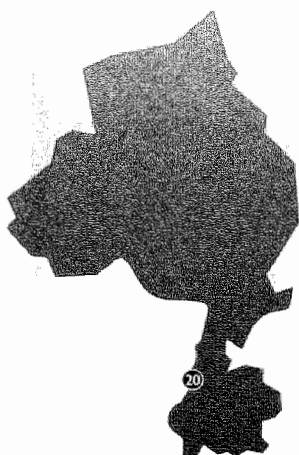
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.2 Fte



## 21 | Huisartspraktijk Kaiser/Veldhuizen

Veldhofstraat 26, 6471 CK Eygelshoven

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Kaiser V  
Veldhuizen JW

#### Dokterassistent(e)(n)

Meurs I

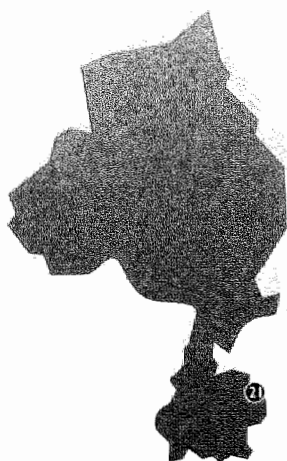
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.4 Fte



## 22 | Gezondheidscentrum Dr. van Kleef

Dr.van Kleefstraat 27, 6217 JJ Maastricht

### Gezondheidscentrum

#### Huisartsen

Castermans GAHM  
Stalenhoef PA  
Huynen LGJ  
Maaskant M  
Schilte B

#### Dokterassistent(e)(n)

Hautvast R  
Gilissen-van Laar L  
Mawhin B

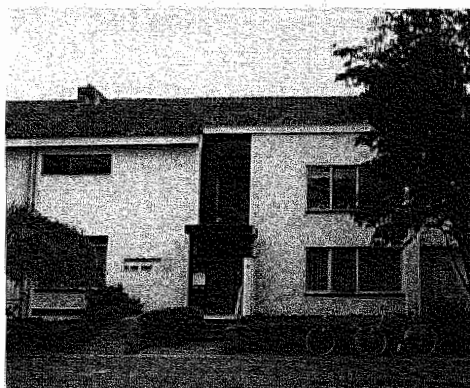
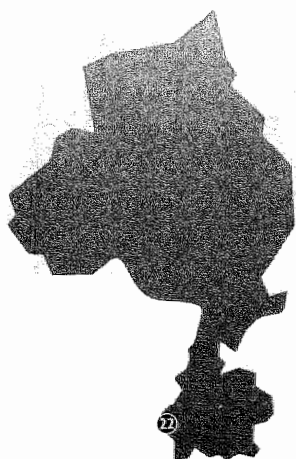
#### Financieringswijze

Aanstellingen bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.9 Fte





Kapelweg 54, 6466 AV Kerkrade

## Groepspraktijk

### Huisartsen

Soomers-Turlings JMSJG  
Soomers FLM  
Stoffers HEJ

### Dokterassistent(e)(n)

Krol-Paffen PTE  
Cabri SW

### Financieringswijze

Menskracht tegen menskracht

### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.55 Fte



## 24 | Huisartspraktijk van Dongen

Pastoor Jeukenstraat 6, 5966 NM America

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Dongen van JJAM

#### Dokterassistent(e)(n)

Wijers CJF

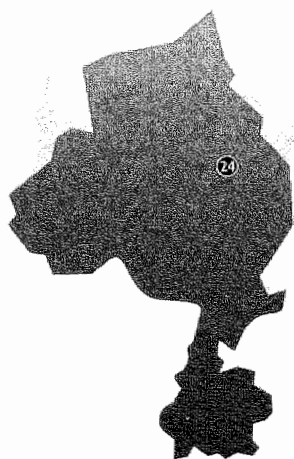
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



25 | Huisartspraktijk Kerkrade-West

St.Rochusstraat 13, 6466 LK Kerkrade

Solo-praktijk

Huisartsen

Ploeg van der JEMCL

Dokterassistent(e)(n)

Stijntjes-van der Ploeg HM  
Papousek-Stevens DAM

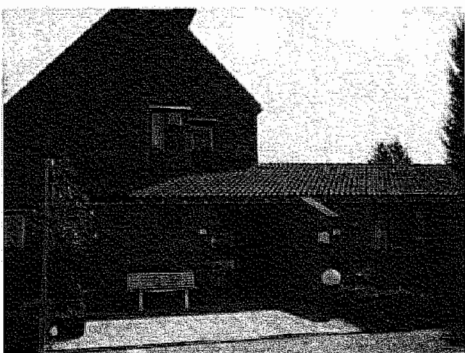
Financieringswijze

Aanstelling bij RL

Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 26 | Huisartspraktijk Mom-Schepers

Kommerstraat 51, 6351 ES Bocholtz

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Mom EMA  
Schepers PHM

#### Dokterassistent(e)(n)

Vliex B  
Hofman T  
Kleyne A

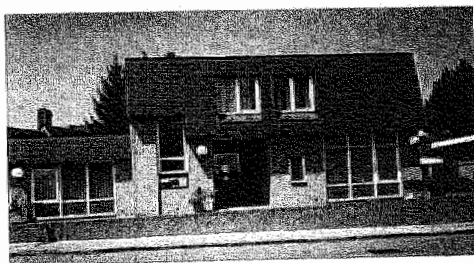
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.2 Fte



Kwistbeeklaan 3, 5991 XH Baarlo

## Groepspraktijk

### Huisartsen

Hoefnagels JH  
Stemkens GWM  
Heeswijk van ALM

### Dokterassistent(e)(n)

Heeswijk van-Janson N  
Korsten-Smeets L  
Wijnen A

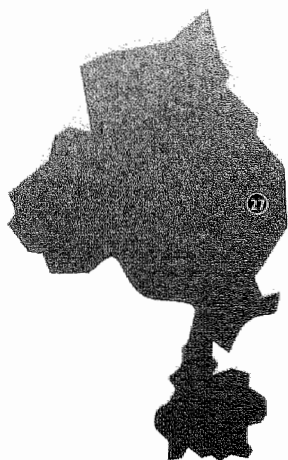
### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 28 | Huisartspraktijk Smeets

Burg.van den Broekstraat 15, 6081 AP Haelen

### Solo-praktijk

#### Huisartsen

Smeets FGB

#### Dokterassistent(e)(n)

Janssens ML

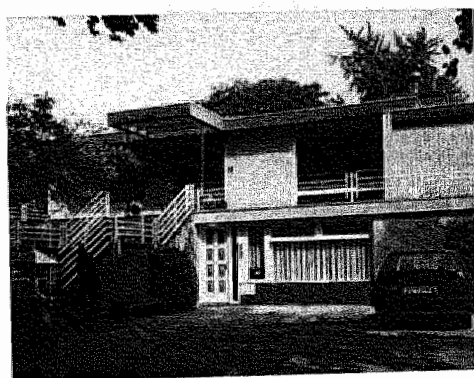
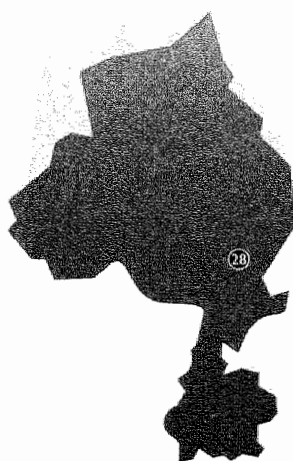
#### Financieringswijze

Aanstelling bij RL

#### Financieringsbron

Vernieuwingsfonds

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



Sterrebos 48, 5344 AR Oss

Gezondheidscentrum

Huisartsen

Rasing A  
Maas S  
Becht M

Dokterassistent(e)(n)

Wel van J.  
Veltmeijer W.  
Heijnsbergen van M.

Financieringswijze

Geld

Financieringsbron

Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.1 Fte



## 30 | Huisartspraktijk Vaessen-Soeters

Dorpstraat 5, 6444 AK Brunssum

### Groepspraktijk

#### Huisartsen

Vaessen MHJ.  
Soeters I.

#### Dokterassistent(e)(n)

Janssen G.  
Huntjens MAM.

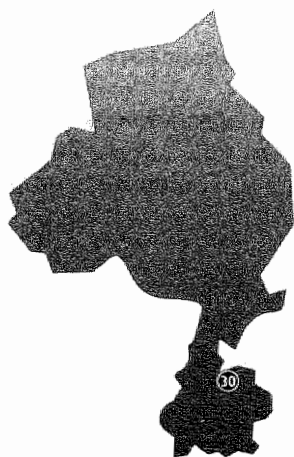
#### Financieringswijze

Geld

#### Financieringsbron

Stimuleringsregeling UHP

Samenwerkingsomvang 0.2 Fte







## APPENDIX B

### CONTRACTVORMEN ACADEMISERING HUISARTSGENEESKUNDE (HAM)

#### Contract bij aanwezigheid van een RL-arts

*Onderstaand contract beschrijft de situatie in een netwerk-praktijk, alwaar een huisartsmedewerker full-time wordt gedetacheerd. Deze zogenaamde RL-arts participeert zowel aan de taken op het gebied van de patiëntenzorg, als op het gebied van onderwijs en onderzoek.*

#### Modelcontract 1

De Rijksuniversiteit Limburg, gevestigd te Maastricht, vertegenwoordigd door voorzitter en secretaris van haar College van Bestuur, hierna te noemen de universiteit

en

....., huisarts(en) te

....., hierna te noemen de praktijk

zijn overeengekomen

#### Artikel 1.

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

de faculteit:	de Faculteit der Geneeskunde van de universiteit,
het faculteitsbestuur:	het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde,
de vakgroep:	de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde.
de universiteit:	de Rijksuniversiteit Limburg

#### Artikel 2.

1

De praktijk stelt haar gezondheidscentrum open onder hierna te beschrijven voorwaarden voor bepaalde activiteiten van de universiteit op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en gezondheidszorgontwikkeling, voorzover volgens de praktijk de belangen van patiënten zulks toelaten en voorzover niet strijdig met de doelstellingen, statuten en huishoudelijk reglement van de praktijk en haar samenwerkingsovereenkomst met het ziekenfonds

### **Artikel 3.**

1

De praktijk stelt jaarlijks in overleg met het bestuur van de vakgroep en met inachtneming van deze overeenkomst een werkplan op, waarin opgenomen worden:

- de aard en omvang van de verschillende taken op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, onderzoek, registratie en gezondheidszorgontwikkeling die binnen de praktijk zullen worden uitgevoerd in het kalenderjaar waarop het plan betrekking heeft.
- concrete afspraken over de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd.

2

Het werkplan beschrijft de verdeling van de werkzaamheden over de praktijk-huisartsen en de RL-huisarts (en bevat tevens een vermelding van de werkzaamheden van de overige teamleden zoals gedefinieerd in het Huishoudelijk Reglement van de praktijk, voorzover relevant voor de in lid 1 genoemde taken).

3

Het werkplan en eventuele wijzigingen daarvan behoeven de goedkeuring van het faculteitsbestuur.

### **Artikel 4.**

1

De universiteit zal aan de praktijk de kosten vergoeden die binnen de praktijk ontstaan als gevolg van het uitvoeren van onderzoek- en onderwijsactiviteiten. Hierbij wordt met name gedacht aan:

- huisvestingskosten (energie en water, onderhoud, schoonmaakkosten),
- bureau en huishoudelijke kosten (kantoommiddelen, drukwerk, telefoonkosten, porti, huishoudelijke uitgaven),
- extra personeelsinzet t.b.v. secretariael/administratieve ondersteuning,
- reis- en verblijfkosten van de RL-huisarts en de andere huisartsen.

2

De praktijk ontvangt per kalenderjaar een lump-sum bedrag van Fl. 22.000,= per full-time equivalent samenwerking exclusief de Fte's samenhangende met de werkzaamheden ten behoeve van het Registratienet Huisartspraktijken.

3

De betaling van de lump-sum vergoeding vindt plaats in januari van elk kalenderjaar.

4

Voor de bijdragen aan het Registratienet Huisartspraktijken wordt door de universiteit een vergoeding gegeven conform de nieuwe financieringsregeling RNH. Deze regeling maakt integraal deel uit van deze overeenkomst.

5

De praktijk zal vóór 1 juli van enig jaar een afschrift van haar jaarrekening betreffende het voorafgaande jaar aan de universiteit ter beschikking stellen. In de kostenspecificatie van de jaarrekening dienen de in lid 1 genoemde kostenvergoedingen opgenomen te zijn.

**Artikel 5.**

1

Alvorens de praktijk vanwege de onderwijs- en onderzoek activiteiten investeringen in bouw, verbouw, inrichting en/of inventaris zal doen, treden praktijk en universiteit hierover in overleg. Dit overleg dient tot overeenstemming te leiden over de noodzaak en de omvang van de investering, alsmede over de hoogte van de jaarlijkse bijdrage, die de universiteit inzake rente en aflossing op deze investering zal betalen, en tenslotte over de garantie die de universiteit zal moeten geven om de financiering van de investering mogelijk te maken.

Tevens zullen daarbij afspraken worden gemaakt over de wijze van betaling van deze kosten, terwijl ook de wederzijdse verplichtingen, voortvloeiend uit deze investeringen na het moment van expiratie van deze overeenkomst worden vastgelegd.

**Artikel 6.**

1

Indien een der praktijk-artsen besluit zijn dienstverband bij de praktijk te beëindigen zal de opvulling van de ontstane vacature door de praktijk geschieden na overleg met de universiteit.

**Artikel 7.**

Bij geschillen tussen de universiteit en de praktijk, wordt een geschillencommissie benoemd. Het faculteitsbestuur en de praktijk wijzen ieder afzonderlijk een lid aan. Beide aldus benoemde leden wijzen in overleg een derde lid tevens voorzitter aan, die de hoedanigheid van meester in de rechten moet bezitten. De geschillencommissie oordeelt naar redelijkheid en billijkheid. De uitspraak is bindend.

**Artikel 8.**

1

Deze overeenkomst treedt in werking op

.....

2.

Indien deze overeenkomst niet per

.....

door één der partijen is beëindigd wordt haar werkingsduur voor onbepaalde tijd verlengd. Beëindiging van deze overeenkomst dient te geschieden met een opzegtermijn van 1 jaar.

3

In afwijking van het hiervoor bepaalde eindigt deze overeenkomst in ieder geval op het moment dat de samenwerking tussen de praktijk en het ziekenfonds.....

of haar rechtsopvolger eindigt, en indien dit naar de mening van (het bestuur van) de praktijk betekent dat de financiering van de praktijk niet langer gewaarborgd is.

4

Na beëindiging van de samenwerking onder deze overeenkomst blijven de artikelen 4, 7 en 8 van kracht voorzover zij dan nog van belang zijn.

5

Indien de overeenkomst wordt beëindigd vervallen ook de aanstellingen van de huisartsen bij de universiteit.

Namens het College van Bestuur  
van de Rijksuniversiteit Limburg,  
de directeur Faculteit der  
Geneeskunde, voor deze,

De praktijk (Stichting),

beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde

## **Contract bij grootschalige samenwerking en terugfinanciering gezondheidszorgdeel**

*In sommige gevallen is besloten de huisartsen volledig in dienst te laten zijn van de Rijksuniversiteit Limburg. De praktijk financiert het aanstellingsdeel, dat besteed wordt aan dagelijkse patiëntenzorg terug naar de universiteit.*

### **Modelcontract 2**

De Rijksuniversiteit Limburg, gevestigd te Maastricht, vertegenwoordigd door voorzitter en secretaris van haar College van Bestuur, hierna te noemen de universiteit

en

....., huisartsen te

....., hierna te noemen de praktijk

zijn overeengekomen

### **Artikel 1**

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

de faculteit:	de Faculteit der Geneeskunde van de universiteit
het faculteitsbestuur:	het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde
de vakgroep:	de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde
de universiteit:	de Rijksuniversiteit Limburg

### **Artikel 2**

1

De praktijk stelt zijn huisartspraktijk open onder hierna te beschrijven voorwaarden voor bepaalde activiteiten van de universiteit op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, registratie en gezondheidszorgontwikkeling, voorzover de belangen van patiënten zulks toelaten.

2

De praktijk zal worden uitgeoefend door

.....

.....

en

.....

die allen bij de universiteit zijn aangesteld.

## **Artikel 3**

1

De praktijk stelt jaarlijks in overleg met het bestuur van de vakgroep en met inachtneming van deze overeenkomst een werkplan op, waarin opgenomen worden:

- de aard en de omvang van de verschillende taken op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, registratie en gezondheidszorg-ontwikkeling die binnen de praktijk zullen worden uitgevoerd in het kalenderjaar waarop het plan betrekking heeft.
- concrete afspraken over de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd.

2

Het werkplan beschrijft de verdeling van de werkzaamheden over de huisartsen, en bevat tevens een vermelding van werkzaamheden van andere eerstelijns werkers, voorzover relevant voor de in lid 1 genoemde taken.

3

Het werkplan en eventuele wijzigingen daarvan behoeven de goedkeuring van het bestuur van de vakgroep.

4

Indien het aantal ingeschreven patiënten en/of de LHV-normpraktijkomvang dusdanig zijn gewijzigd dat het voor de gewone gezondheidszorg benodigde equivalent huisarts meer dan 10% afwijkt van het nu vastgestelde equivalent, zal dit voor de rest van de looptijd van deze overeenkomst worden bijgesteld.

5

Eenmaal per jaar stelt de praktijk in overleg met de vakgroep een evaluatie op van de in het kader van het werkplan uitgevoerde werkzaamheden. Deze evaluatie wordt voor 1 april van het daaropvolgende jaar aan het bestuur van de vakgroep voorgelegd.

## **Artikel 4**

1

De universiteit zal aan de huisarts de kosten vergoeden die binnen de praktijk ontstaan als gevolg van het uitvoeren van onderzoek-, onderwijs-, registratie- en gezondheidszorgontwikkelingsactiviteiten. Hierbij wordt met name gedacht aan:

- huisvestingskosten (energie en water, onderhoud, schoonmaakkosten).
- bureau en huishoudelijke kosten (kantoormiddelen, drukwerk, telefoonkosten, porti, huishoudelijke uitgaven).
- reis- en verblijfskosten betrekking hebbend op de relatie van de huisarts met de universiteit.
- extra personeelsinzet t.b.v. secretariael/administratieve ondersteuning.

2

De praktijk ontvangt per kalenderjaar een lump-sum bedrag van Fl. 22.000,= per full-time equivalent samenwerking exclusief de Fte's samenhangende met de werkzaamheden ten behoeve van het Registratienet Huisartspraktijken.

3

De betaling van de lump-sum vergoeding vindt plaats in januari van elk kalenderjaar.

4

Voor de bijdragen aan het Registratienet Huisartspraktijken wordt door de universiteit een vergoeding gegeven conform de nieuwe financieringsregeling RNH. Deze regeling maakt integraal deel uit van deze overeenkomst.

5

De praktijk zal vóór 1 juli van enig jaar een afschrift van haar jaarrekening betreffende het voorafgaande jaar aan de universiteit ter beschikking stellen. In de kostenspecificatie van de jaarrekening dienen de in lid 1 genoemde kostenvergoedingen opgenomen te zijn.

## Artikel 5

1

De huisartsen zijn allen bij de universiteit aangesteld.

.....

voor.....Fte

2

De praktijk betaalt aan de universiteit, na declaratie door de universiteit, het gezondheidszorgdeel terug. Dit betreft ..... Fte salarislasten (werkgeverslasten + opslagen ABP, vakantiegeld en de universitaire opslag voor financiële en personele dienstverlening). Het exacte bedrag wordt jaarlijks vastgesteld en als bijlage bij het werkplan opgenomen.

3

De universiteit declareert per kwartaal achteraf.

4

Beëindiging van het contract door de praktijk leidt automatisch tot onmiddellijke beëindiging van de aanstellingen van de huisartsen bij de universiteit.

## Artikel 6

1

Indien het dienstverband van één van de huisartsen bij de universiteit eindigt treden de universiteit en de huisarts in overleg over de te nemen acties. Een eventuele nieuwe huisarts wordt door de universiteit en de praktijk gezamenlijk geworven.

2

Indien op grond van het algemeen rijksambtenarenreglement het dienstverband van één van de huisartsen bij de universiteit vanwege de universiteit wordt beëindigd, treden universiteit en de praktijk in overleg over de wijze waarop de werkzaamheden worden uitgevoerd tot het moment dat opvolging van de huisarts is geregeld.

## Artikel 7

Bij geschillen tussen de universiteit en de praktijk, wordt een geschillencommissie



benoemd. Het bestuur van de vakgroep en de praktijk wijzen ieder afzonderlijk een lid aan. Beide aldus benoemde leden wijzen in overleg een derde lid tevens een voorzitter aan, die de hoedanigheid van meester in de rechten moet bezitten. De geschillencommissie oordeelt naar redelijkheid en billijkheid. De uitspraak is bindend.

**Artikel 8**

1

Deze overeenkomst treedt in werking op

.....

en wordt aangegaan voor onbeperkte duur.

2

Beëindiging van deze overeenkomst dient te geschieden met een opzegtermijn van 1 jaar.

3

Bij langdurige ziekte of overlijden van één van de huisartsen treden praktijk en voorzitter van de vakgroep in overleg om te bezien op welke wijze het werkplan kan worden uitgevoerd.

4

Deze overeenkomst wordt geacht met onmiddellijke ingang te zijn beëindigd bij onder curatele stelling of faillissement van de praktijk.

5

Bij niet nakomen van de, in het werkplan opgenomen, verplichtingen door de praktijk, ter beoordeling van een samen te stellen geschillencommissie, kan de universiteit het contract opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden.

Namens het College van Bestuur  
van de Rijksuniversiteit Limburg,  
de directeur Faculteit der  
Geneeskunde, voor deze,

De praktijk (Stichting),

beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde

## Contract bij kleinschalige samenwerking

*Dit type contract wordt doorgaans gebruikt indien er sprake is van een samenwerking voor minder dan 0.4 Fte, waarbij de participanten doorgaans deelnemen aan werkzaamheden op het gebied van onderwijs óf onderzoek óf registratie.*

### Modelcontract 3

De Rijksuniversiteit Limburg, gevestigd te Maastricht, vertegenwoordigd door voorzitter en secretaris van haar College van Bestuur, hierna te noemen de universiteit

en

....., huisartsen te

....., hierna te noemen de praktijk

zijn overeengekomen

### Artikel 1

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

de faculteit:	de Faculteit der Geneeskunde van de universiteit
het faculteitsbestuur:	het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde
de vakgroep:	de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde
de universiteit:	de Rijksuniversiteit Limburg

### Artikel 2

De praktijk stelt zijn huisartspraktijk open onder hierna te beschrijven voorwaarden voor bepaalde activiteiten van de universiteit op het gebied van wetenschappelijk onderwijs of wetenschappelijk onderzoek of registratie, voorzover de belangen van patiënten zulks toelaten.

### Artikel 3

1

De praktijk stelt jaarlijks in overleg met het bestuur van de vakgroep en met inachtneming van deze overeenkomst een werkplan op, waarin opgenomen worden:

- de aard en de omvang van de verschillende taken op het gebied van wetenschappelijk onderwijs of wetenschappelijk onderzoek of registratie, die binnen de praktijk zullen worden uitgevoerd in het kalenderjaar waarop het plan betrekking heeft.
- concrete afspraken over de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd.

2

Het werkplan beschrijft de verdeling van de werkzaamheden over de huisartsen, en bevat tevens een vermelding van werkzaamheden van andere eerstelijnswerkers, voorzover relevant voor de in lid 1 genoemde taken.

3

Het werkplan en eventuele wijzigingen daarvan behoeven de goedkeuring van het bestuur van de vakgroep.

#### **Artikel 4**

1

De huisarts(en) word(t)(en) worden voor de uitvoering van de in artikel 1 genoemde activiteit bij de universiteit aangesteld voor in totaal ..... Fte in de rang van (toegevoegd docent of toegevoegd onderzoeker).

2

Onverminderd de vergoeding welke gepaard gaat met de aanstelling van de huisarts bij de universiteit zal de universiteit jaarlijks een bedrag van Fl..... vergoeden voor de kosten die binnen de praktijk ontstaan als gevolg van het uitvoeren van de in het werkplan gedefinieerde taak.

3

Het bedrag zal aan de huisarts jaarlijks worden uitgekeerd aan het begin van het kalenderjaar.

#### **Artikel 5**

Bij geschillen tussen de universiteit en de praktijk, wordt een geschillencommissie benoemd. Het bestuur van de vakgroep en de praktijk wijzen ieder afzonderlijk een lid aan. Beide aldus benoemde leden wijzen in overleg een derde lid tevens een voorzitter aan, die de hoedanigheid van meester in de rechten moet bezitten. De geschillencommissie oordeelt naar redelijkheid en billijkheid. De uitspraak is bindend.

#### **Artikel 6**

Deze overeenkomst treedt in werking op ..... en wordt, indien niet voortijdig beëindigd, gecontinueerd voor onbepaalde tijd. Ieder der partijen kan de overeenkomst tussentijds beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden. In geval van praktijkbeëindiging, onder curatele stelling of faillissement van de praktijk heeft ieder der partijen het recht om deze overeenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen.

Namens het College van Bestuur  
Van de Rijksuniversiteit Limburg,  
de directeur Faculteit der  
Geneeskunde, voor deze,

De praktijk (Stichting),

beheerder vakgroep huisartsgeneeskunde

## APPENDIX C

### WERKPLAN HAM 1994

#### Werkplan academisering 1994

Naam praktijk: \_\_\_\_\_

Soort praktijk: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon praktijk: \_\_\_\_\_

Periode waarover: \_\_\_\_\_ 1 januari 1994 tot en  
met 31 december 1994  
Inzet in fte's: \_\_\_\_\_ 1.1 Fte

In aanstellingsvorm:	0.0 Fte
In toegevoegde menskracht:	0.8 Fte
In geld:	Fl. 0.00
Output-financiering:	0.3 Fte

Exploitatievergoeding: Fl. 11.000.=

Onderwijs:	2 PMOH-studenten	
	2 studenten adoptiemodel	
	6 studenten OEL	0.10 Fte

Onderzoek:	Participatie aan project .....	
	Participatie aan project .....	
	Uitwerken vraagstelling tot subsidie-aanvraag	0.40 Fte

Registratienet Huisartspraktijken (RNH) :		
	Basale registratietaken	0.30 Fte
	Leveren coördinator RNH	0.30 Fte

---

Opmerkingen:

Ondertekend dd. \_\_\_\_\_

Namens de RL, \_\_\_\_\_

Namens de praktijk, \_\_\_\_\_

---

## APPENDIX D

# CENTRALE COÖRDINATIE VAN ONDERWIJS EN ONDERZOEK

## 1 Inleiding

Huisartsen zijn een interessante doelgroep voor diverse universitaire vakgroepen. Ze worden dan ook regelmatig gevraagd hun medewerking te verlenen aan met name research-projecten. Dit komt vooral vanwege de generalistische benadering (alle patiëntencategorieën zijn er te vinden) van de huisartsgeneeskunde en de mogelijkheid om direct toegang te krijgen tot de patiëntenpopulatie.

Het is dan ook niet vreemd dat diezelfde huisartsen zeer regelmatig benaderd worden door zowel de universiteit als de industrie. Deze ongecoördineerde benadering leverde aan de Rijksuniversiteit Limburg zoveel negatieve reacties van huisartsen op, dat in het begin van de tachtiger jaren nagedacht werd over de oplossing van dit probleem.

Oorspronkelijk werd gedacht dat een centraal coördinatiepunt, gesteund door zowel het Academisch Ziekenhuis, de Rijksuniversiteit Limburg als de Districts Huisartsvereniging een oplossing zou kunnen bieden. De gedachten hierover werden vastgelegd in een nota BEL (Bureau Eerste Lijn). Vele discussies werden aan deze op zich interessante nota gewijd, echter niet met het gewenste effect. Met name de financiële ondersteuning vanuit de drie participerende instanties bleek een onoverkomenlijke barrière, hetgeen de discussies uiteindelijk helaas heeft doen verstommen.

De Faculteit der Geneeskunde bleef echter aandacht hebben voor dit probleem en besloot in 1988 tot de oprichting van een Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL).

De centrale doelstelling van het CEL betrof de coördinatie van alle onderwijs- en onderzoeksprojecten, die met behulp van perifere eerstelijns werkers (voornamelijk huisartsen) zouden moeten worden uitgevoerd. Aangezien het CEL werd geïnitieerd vanuit de geneeskundige faculteit bleek al snel dat het primair zou gaan om projecten van en met huisartsen in de universitaire regio (Limburg en Zuid-Oost-Brabant).

## 2 Organisatorische plaats van het CEL

Om onafhankelijkheid te waarborgen werd het CEL gepositioneerd op een centrale en neutrale positie in de facultaire organisatie. Hiervoor werd het Faculteitsbureau gekozen. Een begeleidingscommissie bestaande uit de decaan van de faculteit, een huisarts namens het bestuur van de Districts Huisartsvereniging en drie hoogleraren op het terrein van extramuraal onderzoek en onderwijs hield toezicht op het werk van het coördinatiebureau.

De primaire gebruikers van het CEL waren uiteraard de facultaire vakgroepen en de onderzoeksthema's. Om echter optimale coördinatie te realiseren werden ook de ziekenhuisafdelingen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) en externe onderzoekers (ook vanuit industriële organisaties) toegelaten tot de dienstverlening van het CEL.

Helaas werd door de industrie de weg naar het CEL niet gevonden, enerzijds omdat men zelf directe lijnen tot de huisartsen heeft gerealiseerd en anderzijds omdat men zich niet wil laten leiden door de algemene uitgangspunten dit bureau.

### **3 Bekendmaking van het CEL**

In 1988 werden alle onderzoekers en docenten via een folder op de hoogte gesteld van het bestaan van het CEL en de wijze waarop aan de dienstverlening gestalte zou worden gegeven. Aan de diverse programmaleiders en medewerkers werd tevens om suggesties gevraagd.

Ook de regionale huisartsen en het bestuur van de Districts Huisartsenvereniging werden uitgebreid geïnformeerd. Aan deze bekendmaking werd een enquête gekoppeld, waarin de huisartsen gevraagd werd naar hun belangstelling op het gebied van (universitair) onderwijs en onderzoek. Deze enquête zou dienst kunnen doen bij de toekomstige wervingscampagnes en moeten leiden tot een optimale spreiding van de projecten over de huisartspopulatie. In het meest ideale model zou de integrale benaderingssystematiek op termijn vervangen kunnen worden door een gestratificeerde (gedifferentieerde) benadering van huisartsen per project.

De reacties waren zonder meer positief en al snel klopten de eerste onderzoekers aan bij het CEL.

Na de eerste bekendmaking via bovengenoemde folders werd periodiek een CEL-nieuwsbrief uitgegeven. In deze nieuwsbrief werden nieuwe projecten beschreven en werd de voortgang van reeds lopende projecten aan de huisartsen en de universitaire gemeenschap bekend gemaakt. De werving van projecten geschiedde derhalve altijd in eerste instantie schriftelijk via deze nieuwsbrief. De projectverantwoordelijke leverde de hoofdbestanddelen voor de tekst aan waarna de coördinator van het CEL de eindredactie verzorgde. De projectbeschrijvingen in de CEL-nieuwsbrief moesten in ieder geval bevatten:

- korte, maar voor de huisarts heldere, beschrijving van het project in termen van doelstelling, opzet en duur;
- concrete vraag aan de huisarts, met gegevens over de verwachte belasting van de huisarts, dienst assistent(e) en de patiënten;
- informatie over de wijze waarop de huisarts in de loop van het project en na afloop zouden worden geïnformeerd;
- informatie over de wijze waarop de inspanningen van betrokkenen (huisarts, assistent, patiënten) zouden worden vergoed.

Het CEL profileerde zich verder door de organisatie van bijeenkomsten, congressen en symposia voor huisartsen, zowel lokaal, nationaal als internationaal.

Tenslotte werden zowel de huisartsen als de facultaire medewerkers geïnformeerd over het werk van het CEL door middel van uitgebreide jaarverslagen.

## 4 De wervingsprocedure van het CEL

Na een eerste telefonisch contact van de geïnteresseerde (onderzoeker, docent, huisarts) wordt een persoonlijk onderhoud geïnitieerd bij het Coördinatiebureau Eerste Lijn. Tijdens dit gesprek, dat idealiter in een vroegtijdig stadium plaatsvindt, wordt stilgestaan bij de doelstelling, de beschrijving en de organisatorische opzet van het project en bij de concrete vraag die aan het CEL gesteld wordt. Het CEL beoordeelt de organisatorische aspecten in relatie tot de mogelijkheden van het huisartsgeneeskundige veld. Alvorens de daadwerkelijke wervingsactie te beginnen, wordt de onderzoeker/docent uitgenodigd in de researchgroep respectievelijk onderwijsgroep van de vakgroep huisartsgeneeskunde. Op deze plaats worden inhoudelijke en methodologische aspecten nader bediscussieerd. Soms leidt dit tot aanpassingen van het project-protocol. Na de bespreking in de research- of onderwijsgroep worden afspraken gemaakt over de daadwerkelijk bekendmakings- en wervingsprocedure. In zijn algemeenheid wordt gekozen voor een werving via de reeds genoemde CEL-nieuwsbrief. Op deze wijze kunnen alle regionale huisartsen kennis nemen van het project en een eventuele interesse schriftelijk (via een invulstrook) aan het CEL bekendmaken. Pas daarna kan de onderzoeker/docent rechtstreeks contact opnemen met de geïnteresseerde huisartsen en vervolgspraken maken.

Mocht de belangstelling na deze eerste fase te gering zijn, dan wordt in overleg met de verantwoordelijke onderzoeker/docent een vervolgstراتيجية bepaald, die kan bestaan uit een schriftelijke reminder of een meer gerichte telefonische zoekactie. Gebleken is dat een vervolgstراتيجية doorgaans niet nodig is.

## 5 Overzicht projecten, symposia en dergelijke

In de periode van 1 juni 1988 tot 1 januari 1992 zijn in totaal 65 onderzoeksprojecten bij het CEL aangemeld en conform de procedure afgehandeld. Daarnaast is op meer permanente basis gewerkt aan de werving van huisartsen ten behoeve van onderwijsprojecten. Overigens moet gezegd worden dat van oudsher de coördinatoren van deze onderwijsprojecten grote bekendheid hadden met de wijze waarop zij huisartsen zouden moeten benaderen. Hun aandeel in de procedure is dan ook groot gebleven. Het CEL is hierbij dan ook meer op afstand faciliterend. De onderzoeksprojecten werden aangemeld vanuit diverse vakgroepen van de Rijksuniversiteit, vanuit afdelingen van het Academisch Ziekenhuis en vanuit externe instanties. Een overzicht hiervan wordt in figuur D.1 gegeven.



**Figuur D.1 Aanvraagpatroon CEL periode 1-6-1988 tot 1-1-1992**

<b>Naam van de vakgroep/afdeling/instantie</b>	<b>Absoluut</b>	<b>Relatief</b>
<b>Intern</b>	<b>n=65</b>	
Vakgroep huisartsgeneeskunde	39	60%
Vakgroep Interne Geneeskunde	3	4.6%
Vakgroep Medische Biologie	1	1.5%
Vakgroep Sociale Psychiatrie	2	3.1%
Vakgroep Cardiologie	1	1.5%
Vakgroep GVO	3	4.6%
Vakgroep Medische Sociologie	2	3.1%
Vakgroep Onderzoek van Onderwijs	2	3.1%
Vakgroep Neurologie	1	1.5%
Vakgroep Humane Biologie	1	1.5%
Vakgroep Epidemiologie	2	3.1%
Vakgroep Klinische Psychiatrie	1	1.5%
Medische Psychologie	1	1.5%
<b>Aan RL "gelieerde" instanties</b>		
Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC-AZM)	2	3.1%
Instituut voor Geneesmiddelen, Veiligheid en Gedrag	1	1.5%
ExternVTO-team Heuvelland	1	1.5%
CAD-Limburg	1	1.5%
Lucas-stichting	1	1.5%

Naast deze primaire dienstverlening van het CEL aan onderwijs en onderzoek, heeft het CEL zich in toenemende mate ook ontwikkeld als (mede-) organisator van lokale, nationale en internationale bijeenkomsten op huisartsgeneeskundig gebied. In de periode van 1988 tot heden is medewerking verleend aan de volgende activiteiten:

### **Internationale congressen:**

- 1  
Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
mei 1989 te Madrid  
Registration Networks in General Practice
- 2  
Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
november 1989 te Birmingham  
Referral studies
- 3  
Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
mei 1990 te Budapest  
Doctor-patient relationship and qualitative research
- 4  
Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
november 1990 te Wenen  
Quality assurance and quality assessment
- 5  
Special meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
maart 1991 te Madrid  
Future research in general practice in europe; main topics and main obstacles
- 6  
Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
mei 1991 te Porto  
Collaborative studies
- 7  
Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
Oktober 1991 te Varenna (Italië)  
Drug prescription in General Practice
- 8  
Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
april 1992 in Nottingham  
Health Promotion in general practice
- 9  
Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)  
oktober 1992 te Leuven  
Research in under- and postgraduate education in general practice

10

Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)

april 1993 te Zichron Yaakov (Israel)

Research in general practice on elderly people

11

Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)

oktober 1993 te Parijs

Research in and management of chronic diseases

12

Spring-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)

mei 1994 te Kopenhagen (Denemarken)

The use of clinical standards and guidelines in general practice

13

Autumn-meeting van de European General Practice Research Workshop (EGPRW)

oktober 1994 te Ljubljana (Slovenië)

Evaluation of costs-effectiveness (efficiency) in general practice

## **Lokale en nationale activiteiten:**

### **Randwijckcursussen**

*In 1991:*

Cholesterol nu

Kindergeneeskunde

Orthopedie

Risico en risico-schatting

*In 1992:*

Endocrinologie

Besliskunde voor de huisarts

Pijnbehandeling

Nieuwe cardiologische ontwikkelingen

*In 1993:*

Longziekten

Oncologie

Oogheelkunde

Geriatric

*In 1994:*

Beeldvormende technieken

Nieuwe ontwikkelingen in de psychiatrie

Gastro-enterologie

Allergologie/Immunologie

## Workshops Academisering 1988 t/m 1994

Congres "Deskundigheidsbevordering van de huisarts"  
december 1988 te Maastricht

Congres "Ouderenzorg in Limburg"  
december 1989 te Maastricht

Lustrumcongres 15-jarig bestaan van de Rijksuniversiteit Limburg  
"De eerste lijn in Limburg; nu en straks"  
oktober 1991 te Maastricht

Summercourse Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK)  
1994

Symposium ter gelegenheid van het 5-jarig bestaan van de interuniversitaire Werkgroep  
Onderzoek Kwaliteit (WOK)  
1994

## 6 Het CEL; van 1988 tot nu

In 1988 werd de functie en de opzet van het CEL nader bestudeerd in het kader van een afstudeerscriptie<sup>1</sup>. Reeds toen werd op basis van een uitgebreide studie de functie van het CEL positief bevonden zowel door de huisartsen als door de onderzoekers en de docenten van de Rijksuniversiteit Limburg. De keuze voor de neutrale positie in de facultaire organisatie werd eveneens belangrijk gevonden. Punten van kritiek waren de samenstelling van de begeleidingscommissie, die een groter multi-disciplinair karakter zou moeten hebben en de gecombineerde functie van de coördinator van het CEL, die tevens beheerder van de vakgroep huisartsgeneeskunde was.

In tegenstelling tot een aantal uitgangspunten van dit rapport heeft er in de jaren negentig een vrij natuurlijke samensmelting plaatsgevonden van het CEL en de vakgroep huisartsgeneeskunde. De redenen hiervoor waren tweeledig.

Enerzijds was de dubbelfunctie van de coördinator van het CEL, die tevens beheerder van de vakgroep was aanleiding om de beide taakgebieden onder te brengen in de nieuwe sectie beheer en coördinatie van de vakgroep huisartsgeneeskunde.

Anderzijds was er de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de vakgroep huisartsgeneeskunde en het CEL, onder andere tot uiting komend in de eerdergenoemde procedure. De vakgroep voelde zich in toenemende mate inhoudelijk verantwoordelijk voor alle onderzoek en onderwijs van en met huisartsen. Een zekere inhoudelijke toetsing door de vakgroep werd dan ook gaandeweg belangrijker. Het CEL bleef zijn verantwoordelijkheid in termen van organisatie, werving, financiën en nazorg behouden.

Aangezien ook de andere vakgroepen in toenemende mate deze verantwoordelijkheden accepteerden, kon de organisatorische neutraliteit worden opgegeven, zodat de CEL-taak vanaf 1992 vorm krijgt vanuit de sectie beheer en coördinatie van de vakgroep huisartsgeneeskunde. De procedure heeft uiteraard geen verandering ondergaan.

1. Jacobs BM. Coördinatiebureau Eerste Lijn; werkelijkheid of illusie?, Doctoraalscriptie 1988

Helaas blijkt echter, met name ingegeven door tijdsproblematiek, dat het CEL zich in de laatste twee jaren in termen van public relations niet sterk genoeg heeft geprofileerd. In 1995 zal derhalve opnieuw een uitgebreide informatieronde worden verzorgd, zowel in de richting van de huisartsen als naar de universitaire medewerkers.

Een andere belangrijke constatering betreft de moeilijkheid om ook de industriële projecten met huisartsen te coördineren. Helaas blijkt dat slechts zeer weinig industrieel onderzoekers bereid zijn de weg via het CEL naar de huisartsen te bewandelen. De industrie heeft dan ook andere (commerciële) belangen, eigen communicatie-kanalen met huisartsen en uitgebreidere financiële mogelijkheden om onderzoek met huisartsen te realiseren. De bereidheid om projecten zowel bij het CEL als bij de vakgroep huisartsgeneeskunde te melden en te toetsen is dan ook niet groot gebleken.

Slechts één middel lijkt beschikbaar voor de oplossing van dit probleem en dit middel is in handen van de huisartsen zelf. Als de huisartsen, ondersteund door de Districts Huisartsvereniging, bereid zouden zijn om alle projecten die rechtstreeks bij de huisarts worden aangemeld door te verwijzen naar het CEL alvorens eventuele participatie te overwegen, kan ook de industrie deze procedure niet meer ontwijken. Optimalisering van de coördinatie van alle onderwijs en onderzoek met huisartsen zou het gevolg zijn van een dergelijke opstelling. Het CEL zou dan, ondersteund door de vakgroep huisartsgeneeskunde en de DHV een zogenaamd keurmerk kunnen afgeven, waaruit de individuele huisarts kan opmaken dat een dergelijk project inhoudelijk en organisatorische beoordeeld en goed bevonden is. Vervolgens kan de huisarts zelf uiteraard altijd de afweging maken om wel of niet actief te participeren.

In de komende periode zal het accent van het CEL dan ook komen te liggen op verder dan wel hernieuwde bekendmaking met het type dienstverlening van dit bureau en zullen gesprekken met de DHV en individuele huisartsen duidelijk moeten maken of coördinatie van alle (dus ook industrieel) onderzoek gewenst en mogelijk is.

Tevens wordt overwogen of gestratificeerde benadering van in bepaalde thematiek geïnteresseerde huisartsen uitvoerbaar en wenselijk is. Een eerste studie hierover wordt in hoofdstuk 9 nader beschreven.

Ook een studie naar het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek, zoals gepresenteerd in hoofdstuk 8 biedt belangrijke aanknopingspunten voor de toekomstige uitvoering en coördinatie van met name wetenschappelijk onderzoek.